

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**ANÁLISIS DIFERENCIAL DE SALUD AUTOPERCIBIDA,  
RESILIENCIA, PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA Y ACTITUDES  
DE GÉNERO EN ADOLESCENTES. UN ABORDAJE DESDE LA  
PSICOLOGÍA POSITIVA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE  
DOCTORA PRESENTADA POR

**Dianet Montero Velásquez**

Bajo la dirección del doctor  
Juan Francisco Díaz-Morales

Madrid, 2017



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Doctorado en Mujeres y Salud**



**ANÁLISIS DIFERENCIAL DE SALUD AUTOPERCIBIDA, RESILIENCIA,  
PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA Y ACTITUDES DE GÉNERO EN  
ADOLESCENTES. UN ABORDAJE DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA CON  
PERSPECTIVA DE GÉNERO**

**Memoria para optar al Grado de Doctora**

**Presentada por:**

**Dianet Montero Velásquez**

**Dirigida por:**

**Dr. Juan Francisco Díaz-Morales**

**Madrid, 2017**





Análisis diferencial de salud autopercebida, resiliencia, perspectiva temporal futura y actitudes de género en adolescentes. Un abordaje desde la psicología positiva con perspectiva de género

Tesis Doctoral

Dianet Montero Velásquez

Dirigida por:

Dr. Juan Francisco Díaz-Morales

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Doctorado Mujeres y Salud



*A mi compañero de viaje, que siempre ha apoyado mis proyectos,  
porque sin él, este trabajo no habría sido posible.*

*A mi hija, que ha soportado mis ausencias para yo  
conseguir mis metas.*

*A mi nieto, que recién nos acompaña y ha llegado  
para llenarme de vida.*



## Agradecimientos

Es el momento para expresar mi gratitud a todas las personas que hicieron posible este proyecto y que me han acompañado desde su quehacer científico o desde el saber cotidiano.

*Al Dr. Juan Francisco Díaz-Morales, director de esta tesis, por su rigurosidad metodológica que ha sido fundamental en mi formación como investigadora, por su generosidad con el conocimiento, por sus orientaciones oportunas, por su empatía y comprensión.*

*A la Dra. Elizabeth Alvarado, por despertar en mi el interés por el tema de la resiliencia.*

*A los profesores del Máster Oficial Mujeres y Salud, que por los tiempos del curso 2010/2011, me mostraron la importancia de la investigación sobre la salud de las mujeres y, ante todo, por acercarme a los temas de género que me han permitido tener otras perspectivas frente a la vida y al ser mujer.*

*A las directivas y profesores de los centros educativos: Colegio Colombo-Francés, Institución Educativa Ana de Castrillón e Institución Educativa Divino Salvador, por facilitarme realizar el trabajo con sus alumnos.*

*A los estudiantes de psicología de la Universidad San Buenaventura de Medellín, por su valioso apoyo en la aplicación de los instrumentos.*

*A los adolescentes, por permitirme saber de sus afectos y pensamientos, para conocer un poco más sobre estos temas.*

*A Margarita Vásquez, por su valiosa ayuda en la gestión con los centros educativos que participaron en este estudio y por ser un soporte incondicional durante tantos años y en los momentos más críticos.*

*A mi hermana, que ha sido un referente esencial en mi vida y me ha animado en los momentos más difíciles para culminar este proyecto.*

*A mi madre, que me enseñó el valor de la responsabilidad y el compromiso.*

*A mi hermano, por estar siempre ahí.*

*A mi amiga Claudia que me ha recordado, día a día, pese a la distancia, la importancia de la constancia.*



# Índice

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID FACULTAD DE PSICOLOGÍA	3
<b>ÍNDICE</b>	<b>XI</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>XIX</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>XXIII</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>XXV</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>27</b>
<b>I. MARCO TEÓRICO</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA Y PSICOLOGÍA POSITIVA</b>	<b>45</b>
<b>1.1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>47</b>
<b>1.2. ADOLESCENCIA: CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO</b>	<b>48</b>
1.2.1. VISIÓN CRÍTICA DE LA ADOLESCENCIA DESDE UN ENFOQUE DE DÉFICIT	49
1.2.2. TEORÍAS Y ENFOQUES CLÁSICOS DE LA ADOLESCENCIA	50
1.2.2.1. Enfoque biogenético	51
1.2.2.2. Enfoque sociogenético	53
1.2.2.3. Enfoque psicogenético	54
<b>1.3. NUEVAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS PARA LA COMPRESIÓN DEL DESARROLLO ADOLESCENTE COMO ETAPA CRUCIAL DEL DESARROLLO HUMANO</b>	<b>56</b>
1.3.1. MODELOS BIOPSICOSOCIALES	57
1.3.2. MODELO COMPORTAMENTAL DEL DESARROLLO	57
1.3.3. MODELOS DE AJUSTE PERSONA-CONTEXTO	58
1.3.4. MODELO ECOLÓGICO DEL DESARROLLO HUMANO DE BRONFENBRENNER	59
<b>1.4. LA EDAD CRONOLÓGICA EN LA ADOLESCENCIA</b>	<b>61</b>
1.4.1. TAREAS EVOLUTIVAS DE LA ADOLESCENCIA	63
<b>1.5. APROXIMACIÓN AL ENFOQUE DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA</b>	<b>64</b>
1.5.1. ALGUNAS DEFINICIONES DE PSICOLOGÍA POSITIVA	66

<b>1.6. HACIA UN CAMBIO DE PARADIGMA DE LA ADOLESCENCIA: DEL ENFOQUE DE DÉFICIT AL ENFOQUE SALUGÉNICO DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA</b>	<b>69</b>
<b>1.7. INTERACCIONES ENTRE LAS VARIABLES DE SALUD, RESILIENCIA, PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA Y ACTITUDES DE GÉNERO EN EL ADOLESCENTE EN EL MARCO DEL MODELO ECOLÓGICO DE BRONFREMBRENER</b>	<b>73</b>
<b>1.8. LA SALUD, EL BIENESTAR, LA RESILIENCIA Y LAS METAS EN EL MARCO DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA</b>	<b>76</b>
<b>1.9. RESUMEN</b>	<b>79</b>
<b><u>CAPÍTULO 2. LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES</u></b>	<b>83</b>
<b>2.1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>85</b>
<b>2.2. LA SALUD AUTOPERCIBIDA COMO INDICADOR DEL ESTADO DE SALUD</b>	<b>86</b>
<b>2.3. LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES</b>	<b>87</b>
<b>2.4. ABORDAJE DE LA SALUD FÍSICA Y PSICOLÓGICA: PERSPECTIVAS DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA</b>	<b>96</b>
<b>2.5. DIFERENCIAS DE SEXO Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD</b>	<b>101</b>
<b>2.6. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD: IMPORTANCIA DE LA INTEGRACIÓN DEL SEXO Y EL GÉNERO</b>	<b>104</b>
2.6.1. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN EN COLOMBIA	107
<b>2.7. LA CONDICIÓN DE LAS MUJERES EN COLOMBIA</b>	<b>108</b>
<b>2.7. RESUMEN</b>	<b>111</b>
<b><u>CAPÍTULO 3. BIENESTAR Y SALUD DESDE UN ENFOQUE POSITIVO</u></b>	<b>113</b>
<b>3.1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>115</b>
<b>3.2. EL CONCEPTO DE BIENESTAR</b>	<b>117</b>
<b>3.3. BIENESTAR Y SALUD</b>	<b>119</b>
3.3.1. INVESTIGACIONES RECIENTES SOBRE BIENESTAR Y SALUD	120
<b>3.4. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BIENESTAR SUBJETIVO</b>	<b>122</b>
3.4.1. TEORÍAS BOTTOM-UP Y TOP-DOWN	123
3.4.2. MODELO DE ACERCAMIENTO A LA META	124
3.4.3. TEORÍA DE LA AUTODETERMINACIÓN ( <i>SDT, SELF-DETERMINATION THEORY</i> ), DE RYAN Y DECI	125
3.4.4. TEORÍA DEL FLUJO (FLOW) DE CSIKSZENTMIHALYI	125
3.4.5. MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF	126
<b>3.5. EL BIENESTAR SUBJETIVO Y LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA</b>	<b>129</b>
3.5.1. EL BIENESTAR SUBJETIVO	129
3.5.2. SATISFACCIÓN CON LA VIDA COMO COMPONENTE COGNITIVO DEL BIENESTAR SUBJETIVO	132



<b>3.6. LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL ESTUDIO DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA</b>	<b>134</b>
3.6.1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES	134
3.6.2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	134
<b>3.7. IMPORTANCIA DEL CONTEXTO SOCIOCULTURAL EN LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA</b>	<b>141</b>
<b>3.8. RESUMEN</b>	<b>143</b>
<b><u>CAPÍTULO 4. RESILIENCIA</u></b>	<b><u>145</u></b>
<b>4.1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>147</b>
<b>4.2. RESILIENCIA Y SALUD</b>	<b>148</b>
<b>4.3. DEFINICIONES DE RESILIENCIA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL</b>	<b>152</b>
<b>4.4. ENFOQUES METODOLÓGICOS</b>	<b>153</b>
<b>4.5. MODELO TEÓRICO DE RESILIENCIA DE RICHARDSON</b>	<b>154</b>
<b>4.6. LA RESILIENCIA COMO MEDIDA GLOBAL DE SALUD: CONNOR Y DAVIDSON RESILIENCE SCALE (CD-RISC) 155</b>	
<b>4.7. INVESTIGACIONES SOBRE LA RESILIENCIA EN ADOLESCENTES: DIFERENCIAS DE EDAD Y SEXO</b>	<b>157</b>
<b>4.8. RESUMEN</b>	<b>161</b>
<b><u>CAPÍTULO 5. PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA</u></b>	<b><u>163</u></b>
<b>5.1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>165</b>
<b>5.2. CÓMO LAS PERSONAS PERCIBEN SU FUTURO</b>	<b>166</b>
<b>5.3. LA PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA COMO VARIABLE MOTIVACIONAL</b>	<b>168</b>
5.3.1. LA MOTIVACIÓN COMO ASPECTO DINÁMICO DE LA PERSONALIDAD	170
5.3.2. MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y EXTRÍNSECA	172
5.3.3. LAS METAS COMO COMPONENTE DE LA PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA	173
<b>5.4. TEORÍA RELACIONAL DE LA PERSONALIDAD DE NUTTIN</b>	<b>174</b>
<b>5.5. MODELOS OPERATIVOS DE LA PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA (THIÉBAUT Y NURMI)</b>	<b>176</b>
5.5.1. PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA DE THIÉBAUT	176
5.5.2. TEORÍA DE LA AUTODIRECCIÓN DEL CICLO VITAL DE NURMI	179
<b>5.6. TAREAS DE DESARROLLO Y CONTENIDO DE METAS EN LOS ADOLESCENTES Y PTF</b>	<b>182</b>
<b>5.7. METAS RELACIONADAS CON ESTUDIOS, TRABAJO Y OCIO</b>	<b>185</b>
<b>5.8. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA DE LOS ADOLESCENTES</b>	<b>191</b>
5.8.1. LA FAMILIA	192

5.8.2. NIVEL SOCIOECONÓMICO Y ETNICIDAD	192
5.8.3. LA EDAD	194
5.8.4. EL SEXO	196
<b>5.9. RELACIÓN ENTRE LAS METAS DE LOS ADOLESCENTES, LAS CONDUCTAS SALUDABLES Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO</b>	<b>204</b>
<b>5.10. RESUMEN</b>	<b>210</b>
<b><u>CAPÍTULO 6. ACTITUDES DE GÉNERO</u></b>	<b><u>213</u></b>
<b>6.1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>215</b>
<b>6.2. EL CONCEPTO GÉNERO</b>	<b>216</b>
<b>6.3. IDENTIDAD DE GÉNERO: MODELOS EXPLICATIVOS</b>	<b>219</b>
6.3.1. TEORÍAS COGNITIVAS	219
6.3.1.1. Teoría Cognitivo-Evolutiva de Piaget y Kohlberg	219
6.3.1.2. Teoría basada en el concepto de esquemas de Bem	220
6.3.2. TEORÍAS CON PERSPECTIVA SOCIAL	220
6.3.2.1. Modelos de interacción sociocognitiva	220
6.3.2.2. Modelos sociales	221
6.3.2.3. Teoría Construccionalista Social de Gergen	222
<b>6.3. IDEOLOGÍA DE GÉNERO: ACTITUDES SEXISTAS HOSTILES Y BENÉVOLAS</b>	<b>223</b>
<b>6.4. EL GÉNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE SALUD</b>	<b>227</b>
<b>6.5. INVESTIGACIONES SOBRE IDEOLOGÍA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES</b>	<b>230</b>
<b>6.6. RELACIÓN ENTRE EL MODELO DE DESARROLLO POSITIVO Y LA IGUALDAD DE GÉNERO</b>	<b>237</b>
<b>6.7. LA MEDIDA DEL GÉNERO</b>	<b>238</b>
<b>6.8. RESUMEN</b>	<b>240</b>
<b><u>II. ESTUDIO EMPÍRICO</u></b>	<b><u>243</u></b>
<b><u>CAPÍTULO 7. MÉTODO</u></b>	<b><u>245</u></b>
<b>7.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	<b>247</b>
<b>7.2. PARTICIPANTES</b>	<b>249</b>
7.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	249
7.2.1.1. Edad y sexo	249
7.2.1.2. Tipo de centro educativo	250

7.2.1.3. Nivel socioeconómico	250
7.2.1.4. Tipo de actividad laboral durante los fines de semana	250
7.2.1.5. Ocupación del padre y de la madre	251
<b>7.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS</b>	<b>252</b>
7.3.1. SALUD	253
7.3.1.1. Salud general y forma física autopercebidas	253
7.3.1.2. Bienestar Psicológico	254
7.3.1.3. Satisfacción con la vida	254
7.3.2. RESILIENCIA	255
7.3.3. PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA	256
7.3.4. ACTITUDES DE GÉNERO	257
<b>7.4. PROCEDIMIENTO</b>	<b>259</b>
7.4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	259
7.4.2. PRUEBA PILOTO DE ADMINISTRACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	259
7.4.3. CONTACTO CON CENTROS EDUCATIVOS	259
7.4.4. APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA	260
7.4.5. ANÁLISIS DE DATOS	260
<b>CAPÍTULO 8. RESULTADOS</b>	<b>263</b>
<b>8.1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>261</b>
<b>8.2. FIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA</b>	<b>262</b>
8.2.1. ÍNDICES DE SALUD GENERAL Y FORMA FÍSICA AUTOPERCIBIDAS	262
8.2.2. ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO PARA JÓVENES (BIESP – J)	262
8.2.3. ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)	264
8.2.4. ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR Y DAVIDSON (CD-RISC)	266
8.2.5. Cuestionario de Perspectiva Temporal de Thiébaud	269
8.2.6. CUESTIONARIO DE METAS DE NURMI	269
8.2.7. SOCIAL ROLES QUESTIONNAIRE (SRQ-R)	269
8.2.8. RESUMEN	271
<b>8.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS</b>	<b>272</b>
8.3.1. SALUD AUTOPERCIBIDA	272
8.3.1.1. Salud general y forma física	272
8.3.2. BIENESTAR PSICOLÓGICO (BIEPS-J)	273

8.3.3. SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)	275
8.3.4. RESILIENCIA (CD-RISC)	277
8.3.5. PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA	279
8.3.5.1. Cuestionario de Perspectiva Temporal de Thiébaud	279
8.3.5.2. Cuestionario de Metas de Nurmi	280
8.3.5.3. Social Roles Questionnaire (SRQ-R)	282
<b>8.4. TRANSFORMACIÓN DE VARIABLES: ATENUACIÓN DEL SESGO</b>	<b>283</b>
<b>8.5. DIFERENCIAS EN EDAD Y SEXO</b>	<b>284</b>
8.5.1. SALUD AUTOPRECIBIDA	285
8.5.1.1. Salud General	285
8.5.1.2. Forma física	285
8.5.1.3. Bienestar Psicológico	286
8.5.1.4. Satisfacción con la vida	287
8.5.2. RESILIENCIA	287
8.5.3. PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA	288
8.5.3.1 Perspectiva Temporal Futura de Thiébaud	288
8.5.3.2. Cuestionario de Metas de Nurmi	290
8.5.4. ACTITUDES DE GÉNERO	294
<b>8.6. DIFERENCIAS SEGÚN SEXO EN EL CONTENIDO DE LAS METAS PERSONALES</b>	<b>295</b>
8.6.1. DIFERENCIAS SEGÚN SEXO EN NÚMERO TOTAL DE LAS METAS PERSONALES	296
8.6.2. DIFERENCIAS SEGÚN SEXO EN CONOCIMIENTO DE LAS METAS PERSONALES	298
8.6.3. DIFERENCIAS SEGÚN SEXO EN REALIZACIÓN	300
8.6.4. DIFERENCIAS SEGÚN SEXO EN COMPLEJIDAD DEL PLAN	302
8.6.5. PROCESO DE PLANIFICACIÓN: ANÁLISIS CUALITATIVO DEL CONTENIDO DE METAS	304
8.6.5.1. Estudios a corto plazo	304
8.6.5.2. Estudios a largo plazo	305
8.6.5.3. Trabajo	307
8.6.5.4. Familia futura	308
8.6.5.5. Sí mismo	309
8.6.5.6. Ocio	310
8.6.5.7. Cosas materiales	310
8.6.5.8. Independencia	311
8.6.5.9. Familia de origen	312

8.6.5.10. Amigos	313
8.6.5.11. Salud	313
8.6.6. RESUMEN	314
<b>8.7. DIFERENCIAS EN EL CONTENIDO DE LAS METAS SEGÚN ACTITUDES DE GÉNERO</b>	<b>315</b>
8.7.1. DIFERENCIAS EN EL CONTENIDO DE LAS METAS SEGÚN ACTITUDES DE GÉNERO TRASCENDENTES	316
8.7.2. DIFERENCIAS EN EL CONTENIDO DE LAS METAS SEGÚN ACTITUDES DE GÉNERO SEXISTAS	319
8.7.3. RESUMEN	323
<b>8.8. RELACIONES ENTRE SALUD AUTOPERCIBIDA, RESILIENCIA Y PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA</b>	<b>324</b>
<b>8.9. RELACIONES ENTRE ACTITUDES DE GÉNERO Y SALUD AUTOPERCIBIDA, RESILIENCIA Y PTF</b>	<b>328</b>
<b><u>CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</u></b>	<b><u>261</u></b>
<b>9.1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>263</b>
<b>9.2. FIABILIDAD</b>	<b>263</b>
9.2.1. INDICADORES DE SALUD	264
9.2.2. RESILIENCIA	264
9.2.3. ACTITUDES DE GÉNERO	265
<b>9.3. DIFERENCIAS DE EDAD Y SEXO EN SALUD AUTOPERCIBIDA, RESILIENCIA, PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA Y ACTITUDES DE GÉNERO</b>	<b>266</b>
9.3.1. SALUD	266
9.3.2. RESILIENCIA	271
9.3.3. PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA	274
9.3.4. ACTITUDES DE GÉNERO	277
<b>9.4. ANÁLISIS DE CONTENIDO DE METAS</b>	<b>281</b>
<b>9.5. RELACIONES ENTRE SALUD AUTOPERCIBIDA, RESILIENCIA Y PTF</b>	<b>289</b>
<b>9.6. RELACIONES ENTRE ACTITUDES DE GÉNERO Y SALUD AUTOPERCIBIDA, RESILIENCIA Y PTF</b>	<b>293</b>
<b>9.7. CONCLUSIONES GENERALES Y POSIBLES ACCIONES DE INTERVENCIÓN</b>	<b>299</b>
<b><u>CAPÍTULO 10. LIMITACIONES</u></b>	<b><u>303</u></b>
<b><u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	<b><u>309</u></b>
<b><u>ANEXOS</u></b>	<b><u>383</u></b>
<b>ANEXO 1: CARTA DE SOLICITUD PARA PARTICIPACIÓN</b>	<b>385</b>
<b>ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>386</b>

<b>ANEXO 3: REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	<b>387</b>
<b>ANEXO 4: SA</b>	<b>388</b>
<b>ANEXO 5: BIEPS-J</b>	<b>389</b>
<b>ANEXO 6 SWLS</b>	<b>390</b>
<b>ANEXO 7: CD-RISC</b>	<b>391</b>
<b>ANEXO 8: PERSPECTIVAS TEMPORALES</b>	<b>393</b>
<b>ANEXO 9: SRQ-R</b>	<b>397</b>

# *Índice de tablas*

---

<b>Tabla 1.</b>	Guía del desarrollo del programa de orientación de la OMS	62
<b>Tabla 2.</b>	Definiciones de psicología positiva y objetos de estudio	67
<b>Tabla 3.</b>	Definiciones de la adolescencia en los últimos años	70
<b>Tabla 4.</b>	Paradigmas para el abordaje de la adolescencia	73
<b>Tabla 5.</b>	Distribución de la muestra según grupos de edad y sexo	250
<b>Tabla 6.</b>	Distribución de la muestra según tipo de centro educativo, nivel socioeconómico y actividad laboral fines de semana	251
<b>Tabla 7.</b>	Correlación ítem escala y consistencia interna de la escala BIEPS-J	262
<b>Tabla 8.</b>	Resumen de fiabilidad obtenida en estudios con la escala BIEPS-J	263
<b>Tabla 9.</b>	Correlación ítem-escala y consistencia interna de la escala SWLS	264
<b>Tabla 10.</b>	Resumen de fiabilidad obtenida en estudios con la escala SWLS	265
<b>Tabla 11.</b>	Correlación ítem-escala y consistencia interna de la escala cd-risc	267
<b>Tabla 12.</b>	Resumen de fiabilidad obtenida en estudios con la escala CD-RISC	268
<b>Tabla 13.</b>	Correlación ítem-escala y consistencia interna de la escala SRQ-R	270
<b>Tabla 14.</b>	Resumen de fiabilidad obtenida en estudios con la escala SRQ y SRQ-R	271
<b>Tabla 15.</b>	Resumen de fiabilidad de las escalas utilizadas para medir las variables de resiliencia y salud (bienestar psicológico y satisfacción con la vida y género)	272
<b>Tabla 16.</b>	Descriptivos de la escala de salud autopercebida: salud general y forma física	273
<b>Tabla 17.</b>	Tabla Descriptivos obtenidos en otro estudio con el índice de salud general	273
<b>Tabla 18.</b>	Descriptivos obtenidos en otro estudio con el índice de forma física	273
<b>Tabla 19.</b>	Descriptivos de la escala de bienestar psicológico (BIEPS-J)	274
<b>Tabla 20.</b>	Descriptivos obtenidos en otros estudios con escala de bienestar psicológico (BIEPS-J)	274
<b>Tabla 21.</b>	Descriptivos de la escala de salud autopercebida: salud general y forma física	275
<b>Tabla 22.</b>	Descriptivos obtenidos en otros estudios con escala SWLS	276
<b>Tabla 23.</b>	Descriptivos de la escala de resiliencia Connor y Davidson CD-RISC	277
<b>Tabla 24.</b>	Descriptivos obtenidos en otros estudios con escala CD-RISC	277
<b>Tabla 25.</b>	Descriptivos del cuestionario de perspectiva temporal futura de Thiébaud (1997)	279
<b>Tabla 26.</b>	Descriptivos del cuestionario de metas de Nurmi (1989)	280

<b>Tabla 27.</b>	Estudios previos que han utilizado el cuestionario de metas de Nurmi (1989) y otros instrumentos	281
<b>Tabla 28.</b>	Descriptivos de la escala <i>Social Roles Questionnaire</i> (SRQ-R)	282
<b>Tabla 29.</b>	Descriptivos obtenidos en otros estudios con el <i>Social Roles Questionnaire</i> (SRQ-R)	282
<b>Tabla 30.</b>	Valores de asimetría originales y transformados	283
<b>Tabla 31.</b>	Media y desviación típica de la dimensión salud general según la edad y el sexo	285
<b>Tabla 32.</b>	Media y desviación típica de la dimensión forma física según edad y sexo	286
<b>Tabla 33.</b>	Media y desviación típica de bienestar psicológico global según la edad y el sexo	286
<b>Tabla 34.</b>	Media y desviación típica de satisfacción con la vida según la edad y el sexo	287
<b>Tabla 35.</b>	Media y desviación típica de resiliencia según la edad y el sexo	287
<b>Tabla 36.</b>	Media y desviación típica de perspectiva temporal futura según la edad y el sexo	288
<b>Tabla 37.</b>	Media y desviación típica <i>del</i> número total de metas según la edad y el sexo	290
<b>Tabla 38.</b>	Media y desviación típica de edad probable de realización de las metas según la edad y el sexo	290
<b>Tabla 39.</b>	Media y desviación típica de distancia temporal según la edad y el sexo	291
<b>Tabla 40.</b>	Media y desviación típica de nivel de conocimiento según la edad y el sexo	291
<b>Tabla 41.</b>	Media y desviación típica de nivel de realización según la edad y el sexo	292
<b>Tabla 42.</b>	Media y desviación típica de complejidad del plan según la edad y el sexo	292
<b>Tabla 43.</b>	Media y desviación típica de control según la edad y el sexo	293
<b>Tabla 44.</b>	Media y desviación típica de probabilidad de realización según la edad y el sexo	293
<b>Tabla 45.</b>	Media y desviación típica de la dimensión afectividad frente al futuro según la edad y el sexo	294
<b>Tabla 46.</b>	Media y desviación típica de actitudes sexistas según la edad y el sexo	295
<b>Tabla 47.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia de metas por categorías según sexo	297
<b>Tabla 48.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia de metas por categorías en orden según sexo	298
<b>Tabla 49.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia del nivel de conocimiento por categorías según sexo	299
<b>Tabla 50.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia del nivel realización por categorías según sexo	301
<b>Tabla 51.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia de complejidad del plan según sexo	303
<b>Tabla 52.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia de metas según actitudes de género trascendentes	316
<b>Tabla 53.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia de conocimiento de metas según actitudes de género trascendentes	317



<b>Tabla 54.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia de realización de metas según actitudes de género trascendentes	318
<b>Tabla 55.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia de complejidad del plan según actitudes de género trascendentes	319
<b>Tabla 56.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia de metas según actitudes de género sexistas	320
<b>Tabla 57.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia de conocimiento de metas según actitudes de género sexistas	321
<b>Tabla 58.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia de realización de metas según actitudes de género sexistas	322
<b>Tabla 59.</b>	Porcentaje de ausencia y presencia de complejidad del plan de metas según actitudes de género sexistas	323
<b>Tabla 60.</b>	Coeficientes de correlación de Pearson entre salud autopercebida y resiliencia	324
<b>Tabla 61.</b>	Coeficientes de correlación de Pearson entre salud autopercebida y la PTF de Thiébaud (1997)	325
<b>Tabla 62.</b>	Coeficientes de correlación de Pearson entre la salud autopercebida y las dimensiones del Cuestionario de Metas de Nurmi (1989)	326
<b>Tabla 63.</b>	Resumen de relaciones significativas entre salud autopercebida, resiliencia, PTF de Thiébaud (1997) y Cuestionario de Metas de Nurmi (1989)	327
<b>Tabla 64.</b>	Coeficiente de correlación de Pearson entre actitudes de género y salud autopercebida y resiliencia	328
<b>Tabla 65.</b>	Coeficiente de correlación de Pearson entre actitudes de género y PTF de Thiébaud (1997)	329
<b>Tabla 66.</b>	Coeficiente de correlación de Pearson entre las dimensiones del Cuestionario de Metas de Nurmi (1989) y actitudes de género	330
<b>Tabla 67.</b>	Resumen de correlación de Pearson entre actitudes de género entre salud autopercebida, resiliencia, PTF de Thiébaud (1997) y dimensiones del Cuestionario de Metas de Nurmi (1989)	331
<b>Tabla 68.</b>	Modelo de regresión lineal múltiple con <i>salud general, forma física, satisfacción con la vida y resiliencia</i> como variables criterio y las variables <i>sexo, afectividad, claridad, distancia, control, probabilidad de realización y actitudes de género trascendente y sexista</i> como variables predictoras	333



# Resumen

---

Durante la adolescencia cobra especial relevancia la salud, tanto por los cambios biopsicosociales y los retos a los que se enfrentan los adolescentes con las demandas y conflictos, como por las oportunidades que les brinda esta etapa. Para trascender la concepción crítica y fatalista de este período de la vida, se asume una perspectiva que focaliza su atención en las cualidades positivas humanas, poniendo la mirada sobre la idea de que, en general, los adolescentes tienen los recursos para adaptarse a los cambios internos y externos que caracterizan este período e integrar esas nuevas realidades en su esquema vital. Es así que, en esta tesis doctoral, se propuso estudiar bajo un enfoque salugénico, diferencial y con perspectiva de género, la percepción que tienen los adolescentes entre 12 y 20 años sobre su salud y las posibles relaciones con su capacidad resiliente, sus metas y las actitudes de género que han construido; considerando, además, el contexto.

Se analizaron, según el sexo y la edad, variables de salud (*salud general y forma física, bienestar psicológico y satisfacción vital*) y otras variables individuales (*resiliencia, perspectiva temporal futura y actitudes de género sexistas y trascendentes*).

En el estudio participaron 232 adolescentes colombianos de centros educativos de la ciudad de Medellín. Los resultados mostraron que los chicos tienen una percepción más positiva de su forma física y bienestar psicológico, son más resilientes y tienen actitudes más sexistas que las chicas. Estas, a su vez, muestran más actitudes trascendentes. Los contenidos de metas están asociados con mayor frecuencia, en las chicas, a categorías de estudios a largo plazo y sí mismo y; en los chicos, a estudios a corto plazo y trabajo.

Las variables que mayor peso tuvieron sobre la salud autopercebida y la resiliencia fueron: afectividad hacia el futuro, probabilidad de realización de la meta, actitudes sexistas, sexo (hombre), claridad, distancia, y control.

Con relación a la edad, los chicos de mayor edad son más resilientes y tienen más actitudes trascendentes que los de menor edad y, los de menor edad, tienen una distancia mayor en el cumplimiento de sus metas.

En general, estos adolescentes tienen una percepción positiva sobre su salud y son optimistas frente al futuro, pese a las condiciones socioculturales. Las diferencias entre chicos y chicas, se

asocian probablemente con estereotipos y roles de género. Estos resultados abren el camino a propuestas de intervención para potenciar los aspectos positivos de los adolescentes y construir estrategias preventivas que promuevan el bienestar y relaciones más igualitarias y equitativas.

# Summary

---

During adolescence health is especially relevant, both for biopsychosocial changes and the challenges faced by adolescents with the demands and conflicts, and the opportunities offered by this stage. In order to transcend the critical and fatalistic conception of this period of life, a perspective that focuses attention on positive human qualities is assumed, putting the accent on the idea that, in general, adolescents have the resources to adapt to internal and external changes that characterize this period and integrate these new realities in their life scheme. Thus, in this thesis, it was proposed to study under a salutogenic, differential and with a gender perspective approach, the perception with adolescents between 12 and 20 years about their health and possible relationships with its resilient capacity, goals and gender attitudes they have built; considering, in addition, the context.

They were analyzed by sex and age, health variables (*overall health and fitness, psychological well-being and life satisfaction*) and other individual variables (*resilience, future time perspective, sexist gender attitudes and transcendent attitudes*).

The study involved 232 colombian adolescents of schools in the city of Medellin. The results showed boys have a more positive perception of their physical fitness and psychological well-being, are more resilient and have more sexist attitudes than girls. Girls show more transcendent attitudes. Goals are more often associated in girls with categories of long-term studies self-concept and, in boys, to short-term studies and work.

The variables that had greater weight on self-perceived health and resilience were affectivity towards future, probability of achieving the goal, sexist attitudes, sex (male), clarity, distance, and control.

Regarding age, older children are more resilient and have more transcendent attitudes than the younger, and younger ones have a greater distance in meeting their goals.

In general, these adolescents have a positive perception about their health and are optimistic about the future, despite social and cultural conditions. The differences between boys and girls are probably associated with stereotypes and gender roles. These results open a way for intervention proposals to enhance the positive aspects of adolescents and build preventive strategies that promote wellness as well as more egalitarian relationships.



# *Introducción*

---





Uno de los temas que más ha interesado a la humanidad desde todos los tiempos es, sin duda, *la salud*, porque es un recurso necesario para la vida cotidiana; es lo que nos permite alcanzar las metas, satisfacer necesidades, cambiar o hacer frente a las experiencias de vida y participar plenamente en la sociedad (Jovic-Vranes, Jankovic, Vasic, & Jankovic, 2011). Sin embargo, es sabido que por muchos años, el concepto de salud estuvo bajo la sombra del concepto de enfermedad, siendo estudiado bajo los planteamientos mecanicistas y reduccionistas del modelo tradicional biomédico que definía la salud como “ausencia de enfermedad”, sin reconocer los aspectos positivos que la constituyen.

En la actualidad, las sociedades han afianzado la importancia concedida a la salud, y han aflorado a partir de los modelos biopsicosociales, propuestas más integrales porque la salud no es sólo ausencia de enfermedad, y no puede aislarse para ser estudiada desde una única disciplina sanitaria, sino que requiere la integración de las distintas áreas profesionales y reflexiones teóricas y metodológicas para su abordaje.

En el proceso del cambio de enfoques biomédicos a modelos biopsicosociales, Antonovsky (1987) construye la *teoría salutogénica*. Desde esta perspectiva, el énfasis se centra sobre todos los factores que intervienen en la configuración de la salud y el bienestar, considerando que la salud no es un estado de equilibrio pasivo, sino más bien un proceso inestable, de autorregulación activa y dinámica, y debe ser constantemente re-creada, asimismo, su pérdida es un proceso natural.

Como manifestación del enfoque salutogénico surge la psicología positiva en Estados Unidos en 1999 con Seligman, que centra sus esfuerzos en el estudio del bienestar y lo relaciona con otros constructos como el optimismo, la felicidad, la autodeterminación, la fortaleza, entre otros. En la misma época, se desarrolla esta rama de la psicología en Argentina con Casullo (2000), a partir del estudio de las dimensiones positivas o salutogénicas de la personalidad como factores protectores en la adolescencia, y bajo el nombre de *psicología salutogénica* o *positiva*, se propone abordar la salud de forma integral, introduciendo en este enfoque elementos como la resiliencia y las características de la personalidad como base en el abordaje de las estrategias de promoción de la salud. En este sentido, la integración de estos estudios al bienestar psíquico, es probablemente el logro más importante de la psicología positiva (Gancedo, 2008), cuyos principales objetivos son la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la evaluación y tratamiento de

ciertas patologías y la evaluación y detección de áreas de mejora en torno al sistema de salud (Oblitas, 2008) y en las intervenciones que impliquen el bienestar de las personas en general.

En este contexto de la psicología positiva y de las perspectivas teóricas que a partir de esta se han construido, se pretende desarrollar esta tesis doctoral, orientada a formas más integrales y positivas de analizar las percepciones de los adolescentes, concretamente en población colombiana, respecto a su salud y otras variables enmarcadas en el enfoque salutígeno.

Para contextualizar en el marco de esta joven rama de la psicología, es importante señalar que la *adolescencia* es uno de esos conceptos que al igual que el concepto de salud ha ido evolucionando desde su invención como producto de los cambios sociales del siglo XXI hasta los tiempos actuales, y ha estado sujeto a interpretaciones culturales y a manipulaciones ideológicas (Fize, 2009). Como concepto y como etapa del ciclo vital, ha sido objeto de estudio de la antropología, la psicología, la biología del desarrollo, la sociología, la historia y la medicina, y desde cada una de estas disciplinas se han planteado teorías y definiciones que orientan la investigación y las prácticas sociales.

Durante muchos años la adolescencia ha sido vista como una “tempestuosa revolución” Rousseau (1762), aludiendo a un momento crítico de la vida, lleno de confusión y contradicciones. Desde entonces, ha tenido muy mala reputación, siendo relacionada con conductas antisociales, desadaptación, conductas de riesgo y trastornos; en definitiva, ha sido considerada como una edad problemática y crítica.

Desde el punto de vista de las teorías del desarrollo, también ha habido cierta confusión respecto a lo que se podría definir como un adolescente con un “buen” desarrollo psicológico y comportamental, ya que con cierta frecuencia se entiende desarrollo saludable como la ausencia de problemas. Esta percepción tendenciosa lleva, igualmente, a un énfasis en el déficit (Oliva et al., 2010) y desconoce la heterogeneidad. Es posible así, identificar la similitud respecto a los paradigmas negativos en los que han estado inscritos los conceptos de salud y adolescencia.

Sin embargo, en el mismo marco del cambio de paradigma de la concepción biomédica de la salud, también surgió un cuestionamiento de esa idea turbulenta enmarcada en el modelo de déficit, y se empezó a vislumbrar una idea de la adolescencia como una etapa menos negativa. Es

así que la concepción turbulenta se ha ido replanteando a través de nuevas investigaciones y teorías, y se ha cuestionado el modelo médico para dar paso a enfoques más holísticos.

En este sentido, es posible confirmar que las nuevas perspectivas teóricas para la comprensión del desarrollo adolescente como etapa crucial del desarrollo humano se ajustan más a la realidad y reconocen que la adolescencia se manifiesta en función de la persona que lo experimenta con todas sus condiciones individuales, biológicas y psicológicas tanto positivas como negativas e inmersa en un entorno sociocultural.

Ahora bien, aludiendo al cambio de paradigma de los modelos de déficit a modelos más salugénicos, desde la psicología positiva y en relación con la salud, la adolescencia es una fase relacionada con el desarrollo y la adquisición de destrezas en todos los ámbitos y se concibe como un período de transición vital durante el que se suceden cambios que serán determinantes para la consolidación de la identidad, de índole psicosocial, cognitiva, física y emocional, por lo que se convierte en una fase en la que la atención que se presta a la salud, adquiere una gran relevancia tanto a nivel psicológico como físico (Videra-García y Reigal-Garrido, 2013). Es un momento en el que confluyen transformaciones que no tienen porqué ser traumáticas o críticas y que serán muy importantes para la persona por el significado que tienen en la transición hacia la vida adulta. Sin embargo, la psicología positiva no desconoce el sufrimiento y las enfermedades de las personas, ni pretende sustituir los conocimientos y modelos previos sobre las patologías o el malestar humanos, sino ampliarlos y complementarlos con las nuevas perspectivas de los aspectos más positivos.

Es importante señalar que el cambio de paradigma aun no es un proceso finalizado. Desde la perspectiva oscura y pesimista, al día de hoy todavía podemos encontrar en la literatura más actual sobre la adolescencia, títulos y *best seller*, con perspectivas catastróficas bajo títulos como: “Un extraño en casa. Tiembla, llegó la adolescencia” (Rocío Ramos-Paul), “Socorro, tengo un hijo adolescente” (Jean Bayard y Robert Bayard), “Padres desesperados con hijos adolescentes” (Gualberto Buena-Casal y Juan Fernández-Millán). Por tanto, desde las nuevas perspectivas positivas, es posible darle una oportunidad a la adolescencia y a los adolescentes; descentrarse un poco de lo patológico y dirigir el interés al desarrollo de las potencialidades, se reitera, sin desconocer o desestimar las dificultades y conflictos que se presentan en esta edad.

El estudio del proceso de la salud y más específicamente de la salud mental enmarcado en este contexto positivo de la psicología, se orienta al análisis de variables de la personalidad como el sentido de coherencia, la fortaleza, el locus de control, la resiliencia, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las estrategias de afrontamiento, los talentos y la creatividad. Algunas investigaciones han encontrado relación entre estos constructos y el ambiente en que se desarrolla la persona y cómo el desarrollo positivo se correlaciona positivamente con el bienestar psicológico (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2001), cómo la satisfacción con la vida está asociada a múltiples beneficios personales, conductuales, psicológicos, sociales y a la salud física y mental (Lyubomirsky, King y Diener, 2005; Oberle, Schonert-Reichl y Zumbo, 2011; Liu, Wang y Lü, 2013) o cómo el desarrollo positivo se correlaciona positivamente con la satisfacción con la vida y ésta, a su vez, junto con el desarrollo positivo, se correlacionan negativamente con problemas de conducta adolescente (Sun y Shek, 2012). En definitiva, estos estudios indican que el desarrollo positivo se relaciona positivamente con rasgos positivos de la personalidad y negativamente, con rasgos de carácter negativo.

Por otra parte, en el estudio de estas variables de la salud y el desarrollo positivo, otro aspecto que se revela importante es la valoración personal de nuestro estado de salud ya que es la percepción que influye sobre la forma de actuar, pensar y sentir (Castro y Sánchez, 2000; Díaz y Sánchez-López, 2002; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Así, por ejemplo, cuando las personas tienen una buena autopercepción de salud, esta se asocia con mayores logros y éxitos pasados y futuros. Su importancia radica en que respecto a los estudios que utilizan indicadores objetivos de salud se encuentran resultados dispares, mientras que las medidas de salud autopercebida reflejan, no solamente las condiciones físicas de la persona, sino también su nivel de ajuste emocional, dando como resultado correlaciones más elevadas (Díaz-Morales, 2001).

Sin embargo, los estudios sobre el estado de salud de los adolescentes basados en cuestionarios de autoinforme son escasos y muchos de ellos basados en la percepción de los adultos responsables, lo cual puede estar enmascarando la real valoración (Londoño, Nieto & Villa (2012). En Colombia, concretamente, son pocos los estudios que describen la situación de salud de los adolescentes desde su propia perspectiva (Higueta-Gutiérrez, Cabrera, & Cardona-Arias, 2015).

En este sentido, reviste gran importancia la autopercepción como indicador de salud de los adolescentes en tanto permite una aproximación más completa de su estado. Esta información tiene carácter subjetivo y por su naturaleza, puede representar los problemas de salud más comunes en la población a partir de sus experiencias, y no sólo de la demanda de los servicios (Abellán, 2003 y Londoño et al., 2012).

La autopercepción permite, por una parte, identificar aquellos factores protectores o potenciadores de la resiliencia, que constituye en el presente un concepto de abordaje necesario desde el punto de vista social, y que persiguen detectar las capacidades del individuo para intervenir directamente sobre estas y focalizar en este ámbito la prevención y en el tratamiento de las situaciones adversas y; de otro lado, permite saber sobre lo que estos chicos y chicas desean, conocer sus proyectos y comprender lo que quieren alcanzar en un futuro. En la literatura se encuentra que muchos autores están de acuerdo en que es un momento propicio para el conocimiento del contenido, valoración y evaluación de sus metas ya que es un momento de consolidación de procesos biopsicosociales, construcción y reafirmación de la identidad, afianzamiento de valores y creación de planes a futuro. Este conocimiento también conlleva importantes implicaciones para el desarrollo de propuestas de intervención ajustadas a la realidad de los adolescentes.

En este contexto, se ha realizado una revisión por las teorías y las investigaciones relacionadas con la autopercepción de variables de salud como son: la salud general, salud física, bienestar psicológico, satisfacción con la vida, resiliencia, perspectiva temporal futura y actitudes de género, tanto en Colombia como en otros países.

Aunque se ha encontrado que los adolescentes, en general, valoran de forma positiva su estado de salud, algunos estudios coinciden en mostrar diferencias entre chicos y chicas a la hora de concebir su estado de salud; estos resultados, además, se matizan ante la convergencia de otras variables, el nivel socioeconómico de la familia, la edad, la práctica de actividad deportiva o la condición física, entre otras (Wille et al., 2010), el contexto (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999) o el sexo (Videra-García y Reigal-Garrido, 2013).

La investigación científica muestra diferencias en cuanto al sexo en estas variables y, en general, los resultados no favorecen a las mujeres. Los chicos reportan una mejor percepción de la salud física (Quiceno y Vinaccia, 2014; Rodríguez y Arango, 2013; Ruiz-Prieto, Carbonero-

Carreño y Jáuregui-Lobera, 2015; Videra-García y Reigal-Garrido, 2013) y las chicas peor salud general (Alvarado, 2013; Cavallo, Zambon y Borraccino, 2006; Montero, 2010; Nuviala, Nuviala & Ruiz, 2010; Vélez, López y Rajmil, 2009) y muchas de estas diferencias se adjudican a los roles de género tradicionales (Collins, 1991; Marcotte, Fortin, Potvin, & Papillon, 2002; Cruz y Maganto, 2002). Con relación a la edad, estudios previos han demostrado que a mayor edad, peor salud autopercebida en ambos sexos (Alvarado 2013; Cavallo et al., 2006; Cebolla, De León, Barrientos, & Castillo, 2014; Serra-Sutton, Rajmil, Aymerich, 2004) y peor forma física (Esnaola, 2008).

Siguiendo esta tendencia de análisis diferencial, común en las investigaciones en las áreas de la salud y teniendo en cuenta que el impacto potencial de los efectos del género sobre la salud es altamente significativo para los comportamientos, las relaciones de poder y los ambientes, y que pueden ser diferentes en hombres y mujeres; son varias las entidades internacionales que han desarrollado políticas que requieren que las variables *sexo* y *género* se integren en las propuestas de investigación; entre ellas se encuentran: la Organización Mundial de la Salud (OMS), los institutos Canadienses de Investigación en Salud y los institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos o la European Commission (Day, Mason, Lagosky, & Rochon, 2016). Esta última entidad, considera dicha práctica dentro del campo de investigación, como un criterio de calidad científica. Es así como en un reconocimiento de la incidencia de los roles de género en la salud, especialmente, de las mujeres, en los últimos años se han promovido estudios que tratan de mostrar cómo las actividades y roles asignados a las mujeres están asociados con el estado de salud percibido y pretenden visibilizar los efectos sobre la salud física y psíquica; porque las diferencias en las percepciones y las prácticas de la salud de las mujeres y hombres pueden mostrar diferencias en los resultados de la evaluación de la salud, en los diagnósticos y en los tratamientos (Sánchez-López, 2016; Nieuwenhoven & Klinge, 2010) y como afirma Cardenal, 2003: «Si conocemos mejor los dos sexos, habrá más posibilidades de poner remedio psicológico a puntos débiles y de potenciar aquellos logros y cualidades tanto masculinas como femeninas» (p. 33).

Sin embargo, aunque los datos observados muestran que variables sociales como el género o la situación socioeconómica son fuertes predictores de salud, su impacto es poco investigado. Lo que ha sido probado recientemente en una revisión de publicaciones de alto impacto entre 2008 y

2013, sobre la frecuencia con que se incluyen las variables sexo y género en estudios controlados aleatoriamente, en su diseño, interpretación y análisis; y se encontró que una minoría del 22% de los estudios que incluyeron la diferencia de sexo/género, no discutieron sobre dichas diferencias o descartaron hallazgos significativos (Phillips y Hamberg, 2016).

Frente a la carencia de estudios de este tipo, nace la necesidad del desarrollo de investigaciones sensibles al sexo y al género.

En el presente estudio, el análisis del sexo y el género, es valorado en tanto las diferencias de sexo ya han sido documentadas en la literatura, pero el género no ha sido integrado en muchos de los estudios, con lo cual, se pretende un acercamiento a explicaciones más completas e integradoras; de otro lado, interesa indagar el tema de las actitudes de género en adolescentes, conocer la percepción que tienen actualmente acerca de la igualdad, qué actitudes tienen frente al género y cómo estas influyen en su salud. Los resultados podrían dar pistas sobre las motivaciones responsables de dichas actitudes.

En lo referente a la investigación con perspectiva de género en Colombia, un meta-análisis sobre estudios en esta línea a nivel nacional, constató que en los últimos años los trabajos sobre perspectiva de género han incrementado y han contribuido significativamente a la comprensión del tema desde la academia (Rodríguez y Ibarra, 2013). Sin embargo, siguen siendo pocos teniendo en cuenta la necesidad de este abordaje. Se evidencia la existencia de problemas que afectan los estudios de mujer y género, tales como: la dificultad para volver transversales las reflexiones feministas en los campos disciplinares y para la producción de un conocimiento real; la importante brecha que hay entre las necesidades y demandas de las mujeres y los tiempos y las dinámicas del mundo académico; o las consecuencias de la actividad tecnocrática respecto al género que obstaculizan el desarrollo de un pensamiento crítico.

De acuerdo con este panorama, la inclusión de la perspectiva de género en la investigación en Colombia es un proceso en construcción. Asimismo, se puede decir que los estudios se han centrado principalmente en población adulta, por tanto, la investigación con adolescentes es casi inexistente y los escasos trabajos son de tipo cualitativo.

Por otra parte, pese a los esfuerzos, se ha constatado que la equidad de género en Colombia sigue siendo un tema pendiente en las agendas de gobierno, es una realidad que las políticas de mujer y género no han logrado consolidarse como políticas de Estado, que los intereses y

necesidades de las mujeres y de los hombres siguen desconociéndose en la planeación del desarrollo y que la calidad de vida de las mujeres continúa siendo más precaria que la de los hombres (Londoño, 2006). En un informe del Foro Económico Mundial sobre Brecha de Género (*Global Gender Gap Reports*), que cuantifica la magnitud de las inequidades basadas en género y su progreso a lo largo del tiempo, se reportó en una lista de 134 países, que Colombia en el 2006 estuvo en el lugar 22, y en la más reciente medición realizada en el 2016, ocupó el puesto 39 entre 144 países (World Economic Forum 2006, 2016). Esto significa que el país ha mostrado un retroceso o poco desarrollo en materia de equidad de género en los últimos años.

Con relación a los estudios sobre actitudes de género en adolescentes, Lameiras-Fernández et al. (2002) pudieron constatar en un estudio sobre estereotipos del rol sexual y su relación con los indicadores sociales estandarizados en población iberoamericana, que los jóvenes colombianos estaban entre los que tienen una visión más estereotipada, sin detectar diferencias significativas en función del sexo.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, una investigación sobre la percepción de los adolescentes sobre su salud y con perspectiva de género es de gran relevancia, en tanto se conoce de primera mano el estado de salud de los adolescentes y se contribuiría al conocimiento en estas áreas poco exploradas.

En función de las teorías desarrolladas para la explicación de la salud y la adolescencia, esta investigación se sitúa principalmente en el marco de la psicología positiva, considerando que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad, que la adolescencia es algo más que una edad crítica; y que las emociones positivas son algo más que la ausencia de emociones negativas, es pertinente plantear un estudio sobre las percepciones que tienen actualmente los adolescentes sobre su propia salud, su capacidad de superación, sus planes futuros y sus actitudes con relación al género. Conocer si chicas y chicos se perciben de manera distinta frente a estos aspectos e intentar profundizar o exteriorizar aquellos aspectos positivos que, con frecuencia, son ignorados o desvalorizados por las preconcepciones y prejuicios en este momento del ciclo vital.

En definitiva, estas perspectivas reflejan la tendencia actual relacionada con la consideración de marcos teóricos integradores y enmarcados en enfoques cada vez más positivos que guían el campo de investigación sobre la salud y los adolescentes y se puede identificar la relación



existente, como ya se ha dicho, entre los aspectos positivos de la personalidad y la salud, aunque no existe una vasta bibliografía en población adolescente (Gutiérrez y Romero, 2014).

Es así como bajo las perspectivas teóricas de la psicología positiva, se propone un marco conceptual centrado en variables de la salud y variables del desarrollo positivo con una perspectiva de género como eje transversal vertebrador de toda la investigación; conformado de la siguiente manera: 1) La *autopercepción de la salud general* y la *forma física*, como medidas de salud subjetiva, es decir, la evaluación que hace la persona de su estado de salud; 2) el *bienestar psicológico* concebido como la valoración subjetiva en que una persona juzga su vida como un todo (Casullo y Castro, 2000) y analizado desde el *Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico* de Ryff (1989); 3) la *satisfacción con la vida* como componente cognitivo del bienestar subjetivo (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985); 4) la *resiliencia* como constructo por excelencia de la psicología positiva, entendido desde el *Modelo homeostático* de Richardson, Neiger, Jensen y Kumpfer (1990) y los estudios de Kobasa (1979); Lyons (1991); Rutter, (1985) retomados por Connor y Davidson (2003), para la construcción una medida de la resiliencia; 5) la *perspectiva temporal futura* definida desde la *Théorie définitoire de la perspective temporelle* de Thiébaud (1998), que contiene elementos del sistema teórico y empírico de los modelos de Nuttin y Nurmi, y las *metas* analizadas a partir de la *Teoría de la autodirección del ciclo vital* de Nurmi (1991), basada en el análisis de cómo las personas conciben su futuro y; 6) las *actitudes de género* estudiadas desde los modelos explicativos de la identidad e género (*Teoría del esquema del género* de Bem, 1981; o la *Teoría del construccionismo social* de Gergen, 1973). Este grupo de variables será abordado en la presente tesis doctoral en la línea trabajos y avances del grupo de Investigación de Estilos Psicológicos, Género y Salud (EPSY) de la Universidad Complutense de Madrid. En la siguiente figura se aprecia de manera resumida el marco conceptual sobre el que se desarrollará esta tesis doctoral. (véase **Figura 1**).



**Figura 1.** Marco conceptual

Fuente: elaboración propia

Tras la elaboración del marco teórico de esta investigación, surgen las siguientes cuestiones:

1. ¿Qué medidas pueden ser consideradas válidas y confiables, para la evaluación de la percepción de la salud autopercebida (general, forma física, bienestar psicológico, satisfacción con la vida), la resiliencia, la perspectiva temporal futura y las actitudes de género; en población general de adolescentes?
2. ¿Cuáles son las diferencias que existen entre chicos y chicas en relación con la salud autopercebida (salud general, forma física, bienestar psicológico, satisfacción con la vida), la resiliencia, la perspectiva temporal futura y las actitudes de género?
3. ¿Cuáles son las metas más frecuentes en los adolescentes y qué diferencias existen entre chicos y chicas en la elección de dichas metas?
4. ¿Hay diferencias en el contenido de las metas según las actitudes de género de los adolescentes?

5. ¿Cómo se relaciona la salud autopercebida (salud general, forma física, bienestar psicológico, satisfacción con la vida), con la resiliencia y la perspectiva temporal futura y cómo estas variables se relacionan, a su vez, con las actitudes de género de los adolescentes.

A partir de estas cuestiones, esta tesis doctoral se propone estudiar bajo un enfoque salugénico y diferencial de sexo y con una perspectiva de género, la percepción de la salud (salud general, forma física, bienestar psicológico, satisfacción con la vida), la resiliencia, la perspectiva temporal futura y las actitudes de género, y cómo se relacionan dichas variables en chicos y chicas adolescentes de 12 a 20 años de población colombiana.

Estas variables están recogidas en los siguientes objetivos:

Teniendo en cuenta que el objetivo de esta tesis no era validar las pruebas psicométricas ya que han sido validadas previamente en numeroso estudios, se ha considerado como objetivos preliminares: a) determinar la fiabilidad de los instrumentos de medida y contrastarla con estudios previos; b) realizar descriptivos de los instrumentos de medida y comparar las medias con estudios previos y; c) realizar la transformación de variables en distribuciones de frecuencias con asimetría. Y como objetivos propiamente dichos, los siguientes:

1. Determinar que los instrumentos de medida utilizados cumplen con los requisitos psicométricos mínimos exigibles.
2. Determinar las diferencias de edad y sexo en salud autopercebida, (salud general, forma física, bienestar psicológico, satisfacción con la vida), resiliencia, perspectiva temporal futura y actitudes de género de los adolescentes.
3. Analizar el contenido de las metas de los adolescentes según el sexo y las actitudes de género.
4. Analizar la relación entre la salud autopercebida (salud general, forma física, bienestar psicológico, satisfacción con la vida), la resiliencia, la perspectiva temporal futura y las actitudes de género.

La estructura de esta tesis se ha organizado de la siguiente forma: I. Marco teórico, y II. Estudio Empírico, que contiene análisis de datos, discusión y conclusiones, limitaciones y perspectivas futuras. Al final las referencias bibliográficas y los anexos.

La fundamentación teórica de esta tesis doctoral está organizada en seis capítulos: Adolescencia y psicología positiva, la salud de los adolescentes, bienestar y salud, resiliencia, perspectiva temporal futura y actitudes de género. Se hace un recorrido por la literatura en el marco de las teorías psicológicas que sustentan los constructos mencionados y de algunas investigaciones que se consideraron relevantes y abordan los mismo temas.

En el capítulo 1, sobre *Adolescencia y psicología positiva*, se hace un breve recorrido sobre el concepto de adolescencia desde una visión crítica y se retoman las teorías clásicas que explican el desarrollo adolescente desde una perspectiva de déficit. Se describen las propuestas teóricas recientes sobre el desarrollo humano con perspectivas interdisciplinarias y transaccionales, que suponen una idea más holística de la adolescencia. Posteriormente, se hace una aproximación al concepto de psicología positiva, y se describe el cambio del paradigma de la adolescencia desde los enfoques de déficit hacia enfoques más salugénicos. Se hace hincapié en el modelo ecológico para describir las interacciones entre las variables abordadas y, finalmente, se reseñan estudios sobre salud, bienestar, resiliencia y metas en el marco de la psicología positiva.

En el capítulo 2, se desarrollan los contenidos sobre la *Salud de los adolescentes*, se inicia haciendo referencia a la salud autopercebida como una medida de salud subjetiva y su importancia como indicador de salud de los adolescentes. Se referencian investigaciones que dan cuenta de la percepción subjetiva que tienen los adolescentes sobre su salud y la correlación con algunas de las variables estudiadas en la presente tesis doctoral como el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, la resiliencia, o las actitudes de género. Posteriormente, se abordan los conceptos de salud física y psicológica desde la psicología positiva como nuevo enfoque con perspectivas más integrales desde las ciencias de la salud. Este capítulo finaliza explicando las diferencias de sexo y las desigualdades de género en salud generadas por los roles de género.

Si bien, en el capítulo 2, se desarrolla el concepto de salud, en el capítulo 3, se analizan el *Bienestar y la salud desde un enfoque positivo*. En este tercer capítulo se precisa su definición, sus componentes y se abordan las principales perspectivas teóricas en el estudio del bienestar psicológico y de la satisfacción con la vida; se describen instrumentos de medida y se detallan las

variables sociodemográficas como la edad y el sexo, que atañen a los objetivos planteados en el presente estudio. Por último, se reseñan investigaciones recientes en las que se han utilizado los instrumentos de medida que de dichas teorías se derivan, y otras en las que se han utilizado otras pruebas, pero que son igualmente válidas en aras de confirmar las hipótesis.

En el capítulo 4, sobre *Resiliencia*, se delimita la relación entre resiliencia y salud enmarcadas en el contexto de la psicología positiva, las implicaciones en la población adolescente y la información que proporciona la resiliencia como indicador para medir la salud. Después se detallan algunas definiciones destacadas del concepto resiliencia en población infanto-juvenil. Posteriormente, se hace mención a los modelos metodológicos para el estudio de la variable en cuestión y se explica el instrumento de medida utilizado para evaluar esta variable. Se finaliza el capítulo con una revisión de investigaciones previas sobre resiliencia que muestran diferencias de edad y sexo en población infantil, adolescente y adulta en las que se ha utilizado tanto el instrumento de medida elegido en esta tesis doctoral como otros y que confirman que la resiliencia es cuantificable y guarda relación directa con la salud.

El capítulo 5, está dedicado al análisis de la *Perspectiva Temporal Futura* y las *metas*. Se inicia definiendo la perspectiva temporal futura. Se continúa con un breve recorrido por las teorías que sustentan el desarrollo de estos constructos y se explican, detallando en sus diferentes componentes. Posteriormente, se hace especial énfasis en las *tareas normativas de desarrollo* propias de la adolescencia dentro de las cuales están inscritas las metas e intereses de los adolescentes. Asimismo, se describen las principales metas hacia las que se considera que están orientadas las perspectivas futuras de los adolescentes en la actualidad y los factores que influyen en éstas. Para finalizar este capítulo, se señalan investigaciones que confirman la relación entre las metas de los adolescentes; cómo estos reportan metas personales en una variedad de dominios y cómo el contenido, la búsqueda y el logro de las metas, se relaciona con el desarrollo adolescente, la salud y el bienestar.

El último capítulo del contexto teórico, se dedica a las *Actitudes de género*, como tema controvertido y actual. Se inicia el capítulo con la revisión de algunas perspectivas teóricas que definen los conceptos de sexo y género. Asimismo, se describen algunos modelos explicativos sobre la identidad de género que abarca desde teorías cognitivas hasta teorías con una perspectiva social. Posteriormente, se hace alusión a la ideología de género y se desarrolla el

tema de desigualdades de género en salud. Ulteriormente, se continúa con la referencia de investigaciones sobre ideología de género y roles de género en adolescentes. Igualmente, se muestra la relación entre el modelo de desarrollo positivo y la igualdad de género. Para finalizar este capítulo, el último apartado se dedica al tema del género como medida.

En la segunda parte, se expone el estudio empírico, iniciando el capítulo 7 con el diseño metodológico que comprende; la propuesta de objetivos e hipótesis, descripción de los participantes, instrumentos utilizados y el procedimiento; a continuación, en el capítulo 8 se presentan los resultados que describen las propiedades psicométricas de los instrumentos, los análisis descriptivos, análisis preliminares de diferencias de edad y sexo, análisis descriptivo del contenido de metas, análisis cualitativo de metas y otras correlaciones entre variables.

En la tercera y última parte, se presentan la discusión y conclusiones considerando relaciones y divergencias respecto a investigaciones y aportes teóricos previos, unas conclusiones generales y posibles acciones de intervención, las limitaciones y perspectivas futuras.

Finalmente, se citan las referencias bibliográficas y se aportan los anexos.

# *I. MARCO TEÓRICO*

---





# *Capítulo 1. Adolescencia y psicología positiva*

---



*La adolescencia es una etapa activa de deconstrucción, construcción y reconstrucción; un período en que el pasado, el presente y el futuro se vuelven a entretelar y enhebrar con hilos de fantasía y deseos que no siguen, necesariamente, las pautas de la cronología lineal.*

Fierro, 2005.

## 1.1. Introducción

En este capítulo se hace, inicialmente, un acercamiento a la evolución del concepto de *adolescencia* desde su invención como producto de los cambios sociales a finales del siglo XIX, hasta definiciones más actuales como resultado de la producción intelectual y científica desde distintas disciplinas y épocas sociales.

Desde los paradigmas clásicos de la psicología y la medicina, se ha conferido una connotación negativa a la adolescencia como etapa de conflictos y desequilibrios psíquicos caracterizada por situaciones de crisis, dejando como herencia una adolescencia estigmatizada por la psicopatología. En palabras de Fize (2001):

Tanto la opinión popular como —y sucede con demasiada frecuencia— el pensamiento científico nos describe la adolescencia como un período de crisis individual de conflicto y de tensión, como si esta edad nos remitiera «de manera natural» y sin remedio a una identidad negativa y problemática (p. 9).

Pasando por la revisión de varios modelos explicativos sobre la adolescencia, la buena noticia es que, desde paradigmas contemporáneos, el estereotipo de la adolescencia como «período crítico», mantenido y fuertemente arraigado durante muchos años, está en *crisis*, y ha surgido una tendencia de nuevas teorías y modelos que intentan, si no romper con estas concepciones fatalistas, complementarlas para construir una visión más integral de la adolescencia como parte de los procesos socioculturales.

En esta línea, se muestra cómo se ha ido dando un cambio de paradigma de la adolescencia, desde el enfoque de déficit al enfoque salugénico de la psicología positiva que ha optado por una concepción, que trasciende el trastorno y lo problemático de la adolescencia, entendiéndola mejor desde una perspectiva positiva; poniendo su mirada sobre la idea de que una gran mayoría

de adolescentes tienen los recursos necesarios para adaptarse a los cambios internos y externos que caracterizan este período e integrar esas nuevas realidades en su esquema vital. Una visión que rescata los aspectos más valorados de los adolescentes para reconocerlos en sus capacidades y fortalezas para potenciarlas; sin desconocer ni pretender sustituir los conocimientos y modelos previos sobre las patologías físicas y el malestar humano, que permiten la detección de riesgos y otros aspectos que afectan negativamente el desarrollo en cualquier etapa del ciclo vital.

Se hace un recorrido por algunas de las definiciones más significativas y actuales de adolescencia y psicología positiva (en adelante PP).

Para finalizar este capítulo, se reseñan investigaciones sobre el estudio de la salud, el bienestar, la resiliencia y las metas en el marco de la PP; además, se propone el abordaje de la percepción de salud de los adolescentes y su relación con las variables, antes mencionadas en el contexto de un modelo ecológico que permita una comprensión global de dichas relaciones.

## **1.2. Adolescencia: contextualización histórica del concepto**

El término adolescencia deriva del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez»<sup>1</sup>. El concepto de adolescencia tal como se presenta hoy en la literatura, no ha existido en todas las épocas de la historia ni en todas las culturas, es decir, es un concepto relativamente reciente y ha estado sujeto a interpretaciones culturales y manipulaciones ideológicas (Fize, 2009). Desde la sociología ha sido considerada como un «invento» de las sociedades occidentales industrializadas (Hopkins, 1982; Hine, 2000). A finales del XIX y principios del XX; hubo tres importantes cambios sociológicos que facilitaron el nacimiento de la adolescencia como período diferenciado y se ha ido construyendo en medio de cambios políticos, sociales y económicos del desarrollo industrial y educativo. Los cambios más importantes que posibilitaron el surgimiento

---

<sup>1</sup> «La palabra adolescencia proviene de la raíz indoeuropea al- ‘nutrir’, ‘crecer’, de la cual se derivó la voz latina alere ‘nutrir’, ‘alimentar’, que dio lugar a alescere ‘crecer’, ‘aumentar’. A partir de esta última, unida al prefijo ad-, se formó el verbo adolescere ‘crecer’, ‘desarrollarse’, y por último, del participio presente de este verbo, adolescens, -entis ‘el que está creciendo’, se formaron en el siglo XIII las palabras francesas adolescent y adolescence, que muy pronto llegaron al español como adolescente y adolescencia, respectivamente. Unos dos siglos más tarde se incorporó adolescence al inglés, así como adolescência al portugués y adolescenza al italiano. La palabra adulto también se deriva del verbo adolescere —más precisamente de su participio pasivo adultus ‘el que ha crecido’—, introducida en nuestra lengua a finales del siglo XV». Extraído de la página del Idioma Español. Ricardo Soca. Disponible en: <http://www.elcastellano.org/palabra.php?q=Adolescencia>.

de la adolescencia como etapa específica se relacionaron con la prohibición del trabajo infantil y la prolongación de los años de la infancia que alargó la dependencia económica de los padres; la implementación de la educación obligatoria hasta los 16 años, que resultaba una necesidad, ya que era el único medio para una adecuada socialización de las nuevas generaciones que estaban sufriendo cambios sociales acelerados y; por último, la creación de mecanismos legales especiales para los jóvenes que hicieron posible el reconocimiento legal de su responsabilidad (Bakan, 1971). Desde entonces, la adolescencia es objeto de estudio de la antropología, la psicología, la biología del desarrollo, la sociología y la historia, y desde cada una de estas disciplinas se han planteado numerosas teorías y definiciones que orientan la investigación y las prácticas sociales. Esta diversidad de enfoques teóricos, sumada a la complejidad de los factores que constituyen la adolescencia como proceso que varía de acuerdo al desarrollo evolutivo y social de cada persona, a cada cultura y al momento histórico; dificultan llegar a un consenso, tanto respecto a la determinación cronológica como a una definición universal del concepto. En este sentido, de acuerdo a los estudios más recientes, resultaría importante relativizar el concepto y considerar que la adolescencia no es universal. Cada disciplina ha construido en su campo de saber específico modelos teóricos, enfoques y definiciones que coexisten en un mismo momento histórico, pero que se han ido transformando y hacen variar las consideraciones sobre la adolescencia y mantienen vivos los debates para el avance de dichas disciplinas (Lozano, 2014).

### **1.2.1. Visión crítica de la adolescencia desde un enfoque de déficit**

En el siglo XVII, Rousseau (1762), ya hablaba de adolescencia y fue quien dio inicio al estudio de esta etapa con su obra «El Emilio o De la educación», describiéndola como una «tempestuosa revolución». A finales del siglo XVIII, surgió la literatura romántica alemana que abre paso a la literatura adolescente y con esta, el surgimiento del movimiento «Sturm und Drang», (tormenta e impulso) que asemeja ese momento de turbulencia y transición de la Alemania romántica con la transición de los adolescentes. La descripción de los jóvenes en las obras de autores de la época como Herder, Fichte, Shelling y Goethe, alude a una vida llena de confusión y contradicciones y exaltan los sentimientos, las pasiones y los sufrimientos (Baztán, 1994). Posteriormente, es con Stanley Hall (1904), que el concepto de adolescencia adquiere el estatus de objeto científico, cuando publica la primera teoría psicológica en su obra

«Adolescence», caracterizándola como una etapa evolutiva diferenciada, conflictiva, tormentosa y de confusión normativa, convirtiéndose en un referente teórico importante. Autores como Erikson (1968), adoptaron esta visión dramática de la adolescencia. A mediados del siglo pasado se empezó a cuestionar la concepción de la adolescencia enmarcada en un modelo de déficit y autores como Stone y Church (1959), empiezan a vislumbrar una idea de esta etapa menos negativa. Vigotsky (1979), critica la «paidología clásica» que concebía la adolescencia como un periodo crítico de turbulencia emocional, de cambio de intereses, de ampliación de contenidos, de posicionamientos existenciales, entendiendo el proceso adolescente como si el pensamiento permaneciera inerte frente a los cambios emocionales, de intereses y de experiencias (Erausquin, 2010). Coleman (1980) utilizando datos procedentes de las investigaciones realizadas hasta la fecha, cuestionó esta concepción dramática, llegando a afirmar que la psicopatología durante esta etapa no era superior a la de otras etapas del ciclo vital, surgiendo así una idea más normalizada de la adolescencia.

Desde entonces y hasta hoy, la concepción turbulenta de la adolescencia se ha ido replanteando a través de nuevas teorías y nuevas investigaciones, y se ha cuestionado el modelo médico para dar paso enfoques salugénicos que implican descentrarse de lo patológico y dirigir el interés al desarrollo de las potencialidades.

Antes de centrarnos en el enfoque salugénico de la PP, se hará un breve repaso por las teorías del desarrollo.

### **1.2.2. Teorías y enfoques clásicos de la adolescencia**

Con relación a la adolescencia, en el campo de la psicología, se han estudiado como determinantes del desarrollo psicológico y de la personalidad, un conjunto de factores para que este proceso se produzca; factores biológicos, sociales y psicológicos. De acuerdo con Kon (1990), a partir de estos factores, las etapas del desarrollo pueden caracterizarse desde tres enfoques: el enfoque *biogenético*, que plantea que la maduración de los procesos biológicos es la base de los procesos restantes; el enfoque *sociogenético* que considera que esta etapa se caracteriza en función de las regularidades que adopta el proceso de socialización, vinculado a las tareas que plantea la sociedad en cada momento del desarrollo y; por último, el enfoque

*psicogenético*, que se sitúa en el centro de atención de las funciones y procesos psíquicos y otorga cierta importancia a lo biológico y a lo social.

#### **1.2.2.1. Enfoque biogenético**

Con la idea de adolescencia con contenido biológico evolutivo, Hall (1904), en su obra *The life and confessions of a Psychologist*, adoptó el concepto de recapitulación de las teorías de Lamarck y Darwin y elaboró una teoría psicológica de la «recapitulación» en la cual sostiene que la experiencia humana se incorpora a la estructura genética de cada persona; poniendo en paralelo el desarrollo biológico y el de la personalidad. Es la idea de volver a vivir etapas pasadas; un segundo nacimiento del que ya hablaba Rousseau. Esta concepción de la adolescencia de Hall, pervivió en la psicología por mucho tiempo mediante la percepción del adolescente atribulado y rebelde. La etapa adolescente al tener su origen en los cambios biológicos y hormonales la hace ineludiblemente una fase de turbulencia y tensión (Alonso, Luján y Machargo, 1998). Así como los factores biológicos son universalmente homogéneos, el desarrollo de otros procesos será también universal y no depende de los aspectos sociales y culturales (Baztán, 1994).

En esta misma línea, las teorías psicoanalíticas han contribuido a perpetuar estas ideas de base biológica y estereotipadas, pero a diferencia de los planteamientos de Hall, la adolescencia no constituye un nacimiento sino una reactivación de procesos que se habían desarrollado durante la infancia produciéndose una nueva organización de la personalidad. Jones (1922) afirma: «La adolescencia recapitula la infancia y la manera precisa en que una persona habrá de atravesar las necesarias fases en el desarrollo de la adolescencia está determinada, en gran medida, por la forma de su desarrollo infantil» (p. 398). Es decir, la infancia, determina inexorablemente, la adolescencia, asimismo, las dificultades que permanecen sin resolver o sin detectar en las fases tempranas del desarrollo encuentran una salida durante la adolescencia. De otro lado, la obra de Freud, aunque no habla de la adolescencia como objeto de estudio en relación con sus características y desarrollo, se refiere a esta como un momento cronológico en la segunda década de la vida y otorga gran primacía a los factores biológicos en el proceso ontogenético y a la sexualidad como organizadora de la personalidad tanto en la infancia como en la adolescencia (Baztán, 1994). La idea de adolescencia con un sustrato biológico, representa una fase universal

e imprescindible del desarrollo de la persona; con conductas y comportamientos con tendencia contradictoria, que no obedecen a los factores sociales o culturales (Lozano, 2014).

Más adelante, Anna Freud y Erikson, desarrollan la psicología del adolescente bajo la influencia de la teoría freudiana (Delval, 2002), pero reconocen que los factores sociales, culturales y relacionales, pueden modificar el desarrollo y los impulsos instintivos.

Anna Freud, amplió los conceptos de su padre, pero mantiene la concepción de la adolescencia como un período de desequilibrio psíquico, conflicto emocional y conducta errática y sugiere que el origen de dichos conflictos en este momento del ciclo vital, hay que buscarlo en las transformaciones biológicas y en la pulsión (Freud, A., 1946). La adolescencia se corresponde entonces con la etapa genital, por el vigor de los impulsos sexuales que sobrevienen a la infancia, la resolución de los conflictos depende de la magnitud de los impulsos del ello, del desarrollo del *yo* y del *superyó*, y de los resultados de los mecanismos de defensa. Si este conflicto *ello-yo-superyó* no se resuelve durante la adolescencia, entonces surge una perturbación emocional; pero si, por el contrario, el *yo* logra establecer un equilibrio entre las exigencias del ello y las demandas del *superyó*, aparecerá una nueva reconstrucción del *yo* que facilitará la adaptación e ingreso a la edad adulta. Proceso que logra la mayoría de los adolescentes (Freud, A., 1958). Más adelante, esta autora define la adolescencia como una «interrupción del crecimiento imperturbado», —haciendo referencia al desarrollo de la infancia— y se asemeja a otros trastornos emocionales y desequilibrios estructurales, refiriendo que hay otros momentos de la vida en que alteraciones de naturaleza fisiológica provocan perturbaciones del equilibrio mental y en este sentido Freud, A. (1976) afirma : «El mantenimiento de un equilibrio estable durante el proceso adolescente es en sí mismo anormal. El reconocimiento de la falta de armonía en la estructura psíquica del adolescente como premisa básica, allana el camino de la comprensión» (p. 11). De acuerdo con esta autora, resulta más sencillo abordar la adolescencia desde la patología que desde los procesos normales. Aportes teóricos más recientes, desde la teoría psicoanalítica, los fundamentan Hauser y Smith (1992), que conceptualizan el período adolescente como un proceso de internalización de factores afectivos, cognitivos y sociales.



### 1.2.2.2. Enfoque sociogenético

Este enfoque sostiene que el desarrollo en su dimensión psicológica y específicamente humana, se lleva a cabo gracias a las relaciones sociales; considera que esta etapa se caracteriza en función de las regularidades que adopta el proceso de socialización, vinculado a las tareas que plantea la sociedad en cada momento del desarrollo. Vigotsky, pionero del enfoque socio-histórico-cultural, destaca el peso de la relación (mediación) social con la emergencia psíquica humana y contrapone naturaleza (procesos psicológicos elementales) a la cultura (procesos psicológicos superiores). La cultura es la que ha llevado a la humanidad a dar el salto de su fase antroipoide hacia estudios superiores. En su obra *Paidología del adolescente* (1931), refleja sus concepciones generales sobre el desarrollo en esta etapa del ciclo vital que nombra como «edad de transición», analiza los *procesos psíquicos superiores* como desarrollos de la *historia cultural* y abarca dimensiones complejas, como intereses, pensamiento conceptual, imaginación y personalidad (Eurasquin, 2010). En este marco de su teoría, el adolescente es considerado ante todo como un ser pensante.

Desde la perspectiva de la antropología cultural, los orígenes de la transición adolescente se encuentran principalmente en el entorno social de la persona y su proceso de socialización. En este sentido, Mead (1990), destaca la importancia de las instituciones sociales y de los factores culturales para el desarrollo humano, y describe los rituales de la pubescencia y las experiencias del adolescente en las sociedades primitivas; argumenta que lo biológico está determinado por las configuraciones culturales y que la adolescencia es una construcción social. En su obra *«Coming of age in Samoa»* (1928), intenta demostrar que las crisis emocionales del adolescente no son una realidad inevitable ya que no dependen de factores biológicos o heredados, si no que están orientadas socialmente. Muestra la adolescencia de los samoanos como un proceso no traumático a diferencia de la cultura occidental en la que la adolescencia se configura como una crisis. No niega la pubertad, pero apuesta por un determinismo «cultural» de contexto normativo-social ya que hasta el fenómeno «biológico» de la pubertad tiene una interpretación diferente en cada cultura y no es posible conectar siempre la pubescencia con el inicio de la edad, ya que este se considera un fenómeno cultural (Baztán, 1994).

Desde la antropología no existen unos patrones universales que determinen el desarrollo de la conducta, y en este sentido la adolescencia se enmarca en un contexto sociocultural. Según Mead

(citado en Muñoz, 2000), los adolescentes son básicamente creaciones biológicas que están psicológica y sociológicamente condicionados por la familia, la comunidad y las sociedades a las que pertenecen. A pesar de que la autora hace hincapié en la necesidad de abordar el fenómeno de la adolescencia desde varios puntos para lograr la plena comprensión de su complejidad, este enfoque, ofrece una conceptualización unidireccional de la adolescencia, ya que se desmarca de los parámetros individualistas y, aunque no íntegramente, es excluyente de los factores biológicos. La adolescencia se plantea más como espacio antropológico que como espacio personal; más como etapa social que como etapa del desarrollo ontogenético (Lozano, 2014).

Otros autores, fundamentalmente en estudios transculturales desde la antropología, se oponen a las teorías de la adolescencia de Hall, Freud, Piaget y Kohlberg (Levine, 2007; Delval, 2002), en tanto resultan insuficientes para dar cuenta del desarrollo humano y de su complejidad.

### **1.2.2.3. Enfoque psicogenético**

En este enfoque se inscriben las teorías que proponen vincular la dimensiones biológica y social. De acuerdo con Erikson (1971), en su teoría del desarrollo a partir de la reinterpretación de las fases psicosexuales desarrolladas por Freud, integra la dimensión social y el desarrollo psicosocial. En este contexto, la principal tarea psicosocial de la adolescencia es la adquisición de una identidad según la cultura de referencia. Describió ocho estadios evolutivos cada uno caracterizado por dificultades concretas o crisis del desarrollo (Erikson, 1959). Las primeras cinco etapas están relacionadas con los postulados de Freud y consideraba que los problemas no resueltos de la vida adulta eran el eco de los conflictos no resueltos en la infancia. Sin embargo, difiere en el sentido que da importancia a las relaciones de las personas con su familia y su cultura y no solo, en los impulsos sexuales (Stassen, 2007). Acuña el concepto de «crisis de identidad» que es causada por una revolución fisiológica provocada por el crecimiento físico, la madurez genital y la conciencia sexual. También introdujo el concepto de «moratoria psicosocial», referido a un «tiempo de espera» en el que el adolescente integra sus experiencias e interactúa con el entorno para avanzar en la construcción de la identidad. La moratoria constituiría así, un espacio donde poder realizar esta construcción de forma más libre, pues la moratoria aplaza las consecuencias de los actos. Esto determina que la duración de la

adolescencia y el grado de conflicto emocional que experimenten los adolescentes estarían en función de esa moratoria que es diferente en cada sociedad (Erikson, 1968).

Kiell (1969), en su obra *The Universal Experience of Adolescence*, sostiene la universalidad de la adolescencia como disposición fisiológica y la define como un periodo que transcurre entre la madurez biológica y social. Este núcleo biológico coexiste en todas las culturas y épocas históricas, aunque se manifieste cultural y psicológicamente en formas distintas.

De otro lado, las teorías del desarrollo cognitivo, inspiradas en la obra de Piaget, considerada como el paradigma científico positivista del concepto psicobiológico del desarrollo humano (Szulc, 2006), han representado gran trascendencia y aun son vigentes. Este enfoque plantea que el origen de las transformaciones y estadios en la adolescencia no es totalmente interno (biológico o psíquico), como lo sugieren los enfoques biogenéticos; ni totalmente externo, como lo han supuesto los estudios sociológicos y antropológicos. La adolescencia es un estadio del desarrollo en el que se producen importantes cambios en las capacidades cognitivas, como resultado de la secuencia de estadios anteriores de la infancia —sensoriomotor (0-2 años), preoperatorio (2-7 años), operaciones concretas (7-11 años)— para acceder a formas de razonamiento propias de lo que se denomina pensamiento formal (11 años hasta la adultez). Estas nuevas capacidades cognitivas van a permitir al adolescente distanciarse de la realidad, pensar de forma abstracta, plantearse hipótesis y ponerlas a prueba en su perspectiva sobre la sociedad y en la elaboración de proyectos de vida. En su trabajo sobre el desarrollo moral *El juicio moral del niño* (1932), propone un sistema de reglas en el que integra la teoría del desarrollo cognitivo a la conducta moral y sugiere que entre los 8 y 11 años, se construye una moral autónoma. La teoría piagetiana queda en entredicho al no haberse probado en un análisis transcultural. Las críticas hacen referencia a que el pensamiento formal no se presenta en todos los adolescentes, ni siquiera en todos los adultos. Y se considera inacabada al asignar a la adolescencia un tiempo tan corto, como si el adolescente a partir de los 11 años hubiera determinado su desarrollo cognitivo (Baztán, 1994). Seguidores de la teoría piagetiana como Carretero y Kohlberg (citado en en Muñoz, 2000), en investigaciones llevadas a cabo sobre la relación del pensamiento formal con otros logros evolutivos, consideran que este estadio representa una condición necesaria, pero no suficiente para alcanzar otros cambios como la construcción de la propia identidad, la tolerancia y el desarrollo moral .

En definitiva, las diversas formas de conceptualizar, delimitar y mirar la adolescencia en cada momento histórico, no han facilitado una conceptualización globalizadora o universal, pero ha enriquecido los enfoques con los que se ha abordado el fenómeno, aportando variedad de factores, características y elementos; unos más relevantes que otros. Esta diversidad otorga un valor importante a las ciencias y a las profesiones desde la interdisciplinariedad. De otro lado, si bien estos enfoques del desarrollo de la adolescencia difieren respecto a los factores que determinan el proceso y son excluyentes en sus definiciones por su carácter unidireccional; coinciden en la visión de déficit de la adolescencia como un período de transición, difícil y crítico, como se expuso en el anterior apartado.

### **1.3. Nuevas perspectivas teóricas para la comprensión del desarrollo adolescente como etapa crucial del desarrollo humano**

Desde el punto de vista de las teorías del desarrollo, también ha habido cierta confusión respecto a lo que se podría definir como un adolescente con un «buen» desarrollo psicológico y comportamental, ya que con cierta frecuencia se entiende desarrollo saludable como la ausencia de problemas. Esta percepción lleva a un énfasis en el déficit y desconoce la heterogeneidad (Oliva et al., 2010). Sin embargo, las más recientes teorías explicativas del desarrollo se ajustan más a la realidad y reconocen que la adolescencia se manifiesta en función de la persona que la experimenta; con todas sus condiciones individuales biológicas y psicológicas (positivas y negativas), inmerso en un entorno sociocultural.

Considerar la adolescencia como una etapa crucial del desarrollo humano, posibilita dejar de lado aquellas concepciones como simple período de transición de la pubertad a la vida adulta y permite dar paso a una idea holística de la adolescencia. En palabras de Krauskopf (1999):

El período adolescente constituye una etapa privilegiada en la cual se producen procesos claves de desarrollo, contando por primera vez, con la propia capacidad para conducir el proceso, completar vacíos y reenfocar situaciones tanto de la niñez, como de su presente. Los cambios físicos, hormonales, sexuales, emocionales e intelectuales desencadenan necesidades, riesgos, respuestas individuales, sociales e interactivas. La elaboración de la identidad pone a prueba las fortalezas y debilidades propias y del entorno (p. 8).

Compas, Hinden y Gerhardt (1995) presentan tres marcos interpretativos del desarrollo psicológico en la adolescencia que articulan los modelos fragmentados explicados en el apartado anterior y que reflejan modelos más interdisciplinarios y transaccionales.

### **1.3.1. Modelos biopsicosociales**

A inicios de los años 90, se incrementa el volumen de estudios que dan reconocimiento a esta perspectiva biopsicosocial postulada por Engel (1977), según el psiquiatra norteamericano, se trata de un modelo general, que plantea que los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad y de la percepción de la misma. Asimismo, que hay unos determinantes que influyen en la salud y en el desarrollo humano, incluidos sus determinantes sociales. Es como un sistema en red donde interactúan elementos de la salud y la enfermedad de forma continua y simultánea.

Estos modelos consideran que el desarrollo adolescente se da paralelamente en varios niveles: la maduración física y biológica (Brooks-Gunn y Reiter, 1990); el desarrollo de procesos de pensamiento (Harter, 1990) y; la interacción, cambios y roles a los que se ve enfrentado el sujeto en los contextos sociales (Furstenberg, 1990). Estos modelos son aplicados con frecuencia en estudios sobre los cambios fisiológicos asociados a la adolescencia y sus consecuencias conductuales.

Desde la perspectiva del riesgo en el desarrollo adolescente también contribuyen todos los factores biopsicosociales como sensación de invulnerabilidad, la necesidad de experimentación, la susceptibilidad a influencia de pares, necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras.

### **1.3.2. Modelo comportamental del desarrollo**

Propone la interdisciplinariedad en el estudio del desarrollo adolescente en el que intervienen la antropología, psiquiatría infantil, educación, sociología; considerando esencial el concepto de interrelación entre contextos, factores y conductas. Un ejemplo de este modelo lo propone Jessor (1991) en su *Teoría de la Conducta Problema*, y afirma que los factores de riesgo y los factores protectores se acumulan en los distintos niveles del desarrollo y del contexto y además interactúan entre sí, potenciando o inhibiendo la conducta problema. Así, para la comprensión de

las conductas de riesgo es necesario tener en cuenta el equilibrio entre ambos factores. Estudia los factores desde tres ámbitos: a) *ámbito de la persona*, que incluye factores biológicos y variable de la personalidad como expectativas de futuro, tendencia a sumir riesgos, logro personal y salud; b) *ámbito social*, como condiciones económicas, apoyo percibido en entorno cercano; c) *ámbito conductual*, incluye variables como estilos de vida saludables, hábitos. Este modelo ofrece un marco teórico útil si se trata de analizar los factores de riesgo y de protección en adolescentes.

### **1.3.3. Modelos de ajuste persona-contexto**

Consideran el desarrollo del adolescente como una interacción dinámica de las características del sujeto y su entorno (Eccles, Midgley, Wigfield, Buchanan, Reuman, MacIver, 1993; Marina 2005 y Funes 2005). Los adolescentes generan diferentes reacciones de su entorno como resultado de sus características físicas y comportamentales y los contextos contribuyen al desarrollo individual a través de la retroalimentación que proporcionan al adolescente. Es decir, este proceso de retroalimentación está determinado por el nivel de ajuste entre las particularidades de la persona y las expectativas y valores del contexto social. Según Eccles et al. (1993) el desarrollo problemático deriva de un desajuste entre las necesidades del desarrollo de los adolescentes y las oportunidades que les proporcionan sus contextos sociales. Desde una mirada sistémica, el modelo de ajuste persona-entorno se hace más complejo en la medida que el adolescente interacciona en múltiples contextos (p. ej. escuela, grupo de iguales, familia) al mismo tiempo. Los adolescentes pueden no adaptarse positivamente causándose desajustes por la incongruencia entre las exigencias del entorno y el desarrollo evolutivo y adaptativo de la persona o, por el contrario, pueden reaccionar positivamente ante los acontecimientos vitales estresantes y adaptarse a sus experiencias (Cicognani, 2011; Vera-Villarreal, Urzúa, Pavez, Celis-Atenas & Silva, 2012; Krattenmacher et al., 2013).

Esta visión contextual-interaccionista del desarrollo considera que el desarrollo humano difícilmente puede entenderse en un vacío de condiciones contextuales que lo determinen como proceso; sin embargo, también señala que no todo lo que es la persona, es por influencia del ambiente, tiene que haber unas condiciones determinadas y no toda interacción social genera un

aprendizaje o promueve el desarrollo; porque el desarrollo madurativo está determinado, tanto por probabilidades, como por limitaciones.

Asimismo, Kagitçibassi (2000), señala que en la actualidad hay una marcada tendencia de las teorías del desarrollo a conceder reconocimiento y dar importancia al contexto. Si bien es cierto que existen eventos generalizables a todas las personas y medios como producto de la maduración biológica; estos dependen de otras variables e interactúan de acuerdo al medio en que se expresen. El concepto de adolescencia corresponde a una construcción cultural, histórica social, y relacional, tal como lo afirma Bourdieu hablando de la complejidad de las relaciones entre la edad biológica y la edad social: «la juventud y la vejez no están dadas, sino que se construyen socialmente en la lucha entre jóvenes y viejos» (Bourdieu, 200, p. 164); en este sentido, los ciclos vitales se definen histórica y socialmente.

Otros modelos teóricos del desarrollo con énfasis en el contexto y, en contraste con los que se caracterizan por la investigación en función de la edad, son los modelos desde la *perspectiva del ciclo vital* (Lerner y Galambos, 1998; Baltes, 1987), que conciben el desarrollo como un proceso continuo y persistente a lo largo de la vida en el que no se asume ningún estado de madurez especial, es una concepción no finalista y dinámica, contraria a la idea de un proceso de terminación, decadencia o estatismo, logrado una vez que se llega a un punto aparentemente óptimo, estable o máximo de desarrollo (Jiménez, 2006). Desde esta perspectiva, la edad sólo es una variable indicadora ya que el crecimiento psicológico continúa durante todo el ciclo vital. La adolescencia se percibe como un producto del desarrollo del niño y como un precursor del desarrollo del adulto. No es un período aislado de la vida sino una parte importante en el continuo del ciclo vital (Fierro, 2009).

#### **1.3.4. Modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner**

Desde esta óptica del ciclo vital, este es uno de los modelos más importantes. En los inicios sobre la construcción del modelo, se entiende por desarrollo «un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él» (Bronfenbrenner, 1987, p. 23), es decir, entre el estímulo (ambiente) y la respuesta (conducta), existe una mediación psicológica que se refleja en el modo en que una persona interpreta, vive y experimenta una situación. En este sentido, «lo que cuenta para la conducta y el desarrollo es el ambiente como se lo percibe,

más que como pueda existir en la realidad objetiva (Bronfenbrenner, 1987, p. 24). Idea que también asume Nuttin (1985), en su teoría de la «Perspectiva Futura», cuando habla de importancia de la percepción del sujeto acerca de su entorno, tema que se tratará en el capítulo 5 de este mismo texto.

En otra definición más completa Bronfenbrenner (1987) afirma:

El desarrollo humano es el proceso por el cual la persona en desarrollo adquiere una concepción del ambiente ecológico más amplia, diferenciada y válida, y se motiva y se vuelve capaz de realizar actividades que revelen las propiedades de ese ambiente, lo apoyen y lo reestructuren, a niveles de igual o mayor complejidad, en cuanto a su forma y su contenido (p. 47).

Esta definición considera, en primer lugar, que el desarrollo psicológico supone una reestructuración de la conducta que tiene continuidad espacio-temporal, no es estático; en segundo lugar, el desarrollo psicológico se da también a nivel perceptivo, es decir, la manera cómo cada uno capta la realidad y, a nivel conductual, la manera como cada uno actúa. Estos dos procesos interactúan en el tiempo y en el espacio y dan lugar a la continuidad del desarrollo.

A partir de estas definiciones Bronfenbrenner (1987), describe el contexto como «ambiente ecológico» haciendo referencia a un conjunto de estructuras seriadas, cada una cabe dentro de la siguiente, como las muñecas rusas. El modelo de sistemas ecológicos está estructurado por cinco sistemas que se interrelacionan: *microsistemas* (elementos del entorno inmediato como la familia, los amigos), *exosistemas* (lo integran contextos compuestos por la comunidad más próxima, después del grupo familiar, como la iglesia, la escuela), *macrosistemas* (entornos sociales más amplios que incluyen valores culturales, políticos, económicos), *mesosistemas* (interacción entre dos o más sistemas) y, *cronosistemas* (incorpora la dimensión del tiempo y el efecto de este sobre otros sistemas, además se relaciona con condiciones históricas). Este modelo sistémico destaca lo multidimensional, multicausal y multidireccional de lo psicológico, permitiendo la comprensión del hombre y la interrelación entre las partes que lo constituyen como organismo biopsicosocial.

Actualmente, este modelo está siendo aplicado en múltiples programas de intervención dado su complejo sistema de interconexiones en distintos entornos.



#### 1.4. La edad cronológica en la adolescencia

Considerando que la adolescencia no es un período homogéneo, ni unitario, no existe un criterio definido respecto a las fases o sub etapas que la componen, tampoco un consenso sobre cómo denominarlas o cuál es la duración de cada una de ellas. Se observa que, con el tiempo, se ha tendido a una amplitud en el número de años; el comienzo de la etapa es cada vez más precoz y la finalización más tardía (Goossens, 2006). Sin embargo, en la mayoría de los estudios se habla de tres adolescencias.

Un referente importante en el ámbito sanitario es la OMS que determina para la adolescencia un período entre los 10 y los 19 años, considerando tres etapas: adolescencia temprana, adolescencia media y adolescencia tardía.

Con relación a las sub etapas que componen la adolescencia, esta tesis doctoral se guiará por los límites marcados por la OMS, asumiendo que la población analizada se encuentra en un rango de 12-20 años de edad. En el 2006, esta entidad publicó una guía sobre el desarrollo biopsicosocial que describe los procesos en las tres fases de edad en función de cuatro dominios. Es un modelo orientativo, por lo que no hay que ignorar los aspectos que determinan el desarrollo de cada persona en particular.

En la **Tabla 1** se muestra una adaptación de la guía del desarrollo biopsicosocial de la OMS, de Berg-Kelly (2010).

**Tabla 1.** Guía del desarrollo del programa de orientación de la OMS

	<b>Adolescencia temprana 10-13 años</b>	<b>Adolescencia media 13-17 años</b>	<b>Adolescencia tardía 17-23 años</b>
<b>BIOLOGÍA</b> Desarrollo puberal (características genitales secundarias) y crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maduración puberal.</li> <li>• Desarrollo de las características sexuales secundarias al final de este periodo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio continuo hacia un cuerpo de adulto.</li> <li>• Cambios en la composición corporal y metabolismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imagen de cuerpo de adulto.</li> <li>• Composición corporal adulta.</li> </ul>
<b>PSICOLOGÍA</b> Dominio cognitivo y psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento abstracto cognitivo desarrollado con una limitada capacidad de análisis.</li> <li>• Omnipotencia e invulnerabilidad.</li> <li>• Perspectivas de futuro limitadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Quién soy yo? Pico máximo del desarrollo de la identidad.</li> <li>• Implicación romántica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo cognitivo como los adultos. El futuro se convierte en real.</li> <li>• La planificación a largo plazo es posible.</li> <li>• Son autocríticos.</li> </ul>
<b>ÁMBITO SOCIAL</b> (Interacciones con personas importantes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rebelión contra los padres, principalmente por regaños y discusiones.</li> <li>• Etapa para fantasear y soñar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La aceptación de sus compañeros es su principal preocupación.</li> <li>• ¿Estoy bien? Juego de roles y fase de exploración para encajar.</li> <li>• Citas y encuentros sexuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las relaciones íntimas cobran importancia.</li> <li>• La planificación vocacional se vuelve realista.</li> <li>• Preocupación por los resultados a largo plazo de enfermedades crónicas.</li> </ul>
<b>SEXUALIDAD</b> (Interacción propio cuerpo y otras personas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interés y experimentación con el propio cuerpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicación romántica.</li> <li>• Coqueteo y juegos sexuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de relaciones amorosas estables.</li> </ul>

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2006). Adaptado de Berg-Kelly (2010).

### 1.4.1. Tareas evolutivas de la adolescencia

Como ya se mencionó en el anterior apartado, la adolescencia constituye un proceso variable en el crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de cada persona. Existen diferencias en cuanto a la edad de inicio y finalización, y variaciones individuales en la progresión a través de la misma. En este sentido, el proceso puede ser asincrónico en sus distintos aspectos (biológico, emocional, intelectual y social) y no ocurrir como un continuo, de hecho, puede presentar períodos frecuentes de regresión (Gaete, 2015). Estas diferencias derivan de factores como el sexo, la etnia, el tipo de cultura, el nivel socioeconómico, y educacional, etc. (Breinbauer, Maddaleno y Youth, 2005). Sin embargo, el desarrollo psicosocial en la adolescencia presenta algunas características comunes que han sido identificadas y descritas por muchos investigadores a partir de lo que se han denominado *tareas evolutivas o del desarrollo* que hacen referencia a los procesos que una persona tiene que acometer para alcanzar los objetivos propios de la edad, que pueden ser biológicos o culturales (Marina, Rodríguez de Castro y Lorente, 2015). La realización de dichas tareas conducen a la persona a la felicidad y al éxito en las tareas posteriores, y su fracaso conduce a la infelicidad, a la desaprobación de la sociedad, y a dificultades en el logro de tareas posteriores (Florenzano, 1996).

Una de las tareas más importantes del desarrollo de esta etapa es la consolidación de la identidad en sus diversos aspectos que se construye con el paso del tiempo, mientras muchas partes del yo se unen de manera organizada para diferenciarse de los otros (Erikson, 1980). De acuerdo con Florenzano (citado en Gaete, 2015), el logro de una identidad personal implica aspectos como: la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional, y que el joven defina una ideología personal (filosofía de vida), que incluya valores propios (identidad moral).

Este tema de las tareas evolutivas se retomará y ampliará más adelante en el capítulo 5 sobre la Perspectiva Temporal Futura, ya que tareas como la configuración de la identidad, y el logro de autonomía en la adolescencia, amplían los ámbitos de elección y decisión de los adolescentes y, por tanto, posibilitan el aprendizaje de la autodirección y regulación de su comportamiento hacia la consecución de metas significativas.

### 1.5. Aproximación al enfoque de la psicología positiva

En los últimos años han re-surgido los antiguos enfoques en el estudio de la salud, que sugieren definiciones cada vez más holísticas e integradoras. La definición más influyente y vigente de salud, tras más de sesenta años, es la de la Organización Mundial de la Salud (2001): «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (p.1). Esta definición sustituyó la anterior noción negativa de la salud, que la entendía como la ausencia de enfermedad o lesión.

Asimismo, se han construido modelos teóricos más orientados a la promoción que a la prevención. En La Carta de Ottawa, la Organización Mundial de la Salud (1986) define las prácticas promotoras de salud como:

El proceso de capacitar a las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla. Para llegar a un estado de completo bienestar físico, mental y social, una persona o grupo debe poder identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, y manejar o transformar su ambiente (p. 1).

Es así como en medio de una atmósfera centrada en la salud, a finales del siglo XX, nace el concepto de *promoción de la salud* que preludia el surgimiento del enfoque salugénico. El fin de la promoción sería el incremento de la salud y el bienestar en general (Godoy, 1999).

En Estados Unidos, se dio inicio al movimiento de la PP en el discurso inaugural de Martin Seligman como presidente de la American Psychological Association (APA) (Seligman, 1999), en el que anuncia que sus intereses están dirigidos a reconsiderar la psicología fundamentada en el estudio de la enfermedad y avanzar hacia una psicología más positiva: Afirma Seligman (2003): «La Psicología no es solo el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es solo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros» (p.1).

En esta misma época, en Argentina, María Martina Casullo, promovió un nuevo paradigma de «reflexión teórica y metodológica» que llamó *psicología salugénica* o *positiva*, (Mariñelarena-Donado, 2014). Siguiendo el modelo de *Orientación Salugénica* de Antonovsky (1987), que se centra en el binomio salud/enfermedad como un continuo y que enfatiza sobre los aspectos positivos, Casullo (1998) observa en sus estudios epidemiológicos, que además de los factores de riesgo que hacían vulnerables a los adolescentes favoreciendo en ellos la estructuración de

procesos psicopatológicos, también se detectaban factores protectores o salugénicos que hacían posible un desarrollo sano. Es así como Casullo centra sus estudios en las dimensiones positivas de la personalidad como son los factores protectores en población adolescente (Casullo, 1998, 2008) que, según la autora, promovían y conformaban la salud psíquica pero era una tema poco estudiado (Mariñelarena-Dondena, 2012). En palabras de Gancedo (2008), el movimiento de la PP constituye la manifestación más reciente del enfoque salugénico en psicología. En esta oleada de estudios cimentados en la PP, otros investigadores (Castro Solano y Díaz-Morales, 2002; Castro Solano y Sánchez-López, 2000; Díaz-Morales y Sánchez-López, 2001, 2002; y Sánchez-López & Casullo, 2000) centraron su interés en variables psicológicas como autoestima, satisfacción vital, metas, bienestar y su relación con personalidad, salud, y perspectiva de género. Es de destacar que estos estudios se enmarcan en la línea del grupo de Investigación de Estilos Psicológicos, Género y Salud (EPSY) de la Universidad Complutense de Madrid, así como la presente tesis doctoral.

Dicho lo anterior, esta rama de la psicología centra sus esfuerzos en el estudio del bienestar (Seligman, 2011) y se relaciona con investigaciones previas sobre constructos como: bienestar subjetivo (Diener, 2000); optimismo (Peterson, 2000); optimismo inteligente (Avia y Vázquez, 1999); felicidad (Myers, 2000); experiencia de flujo como dimensión de la felicidad (Csikszentmihalyi, 1999); autodeterminación (Ryan y Deci, 2000); desarrollo humano (Ryff, 1989; Keyes, 1995); fortalezas y virtudes humanas (Sheldon & King, 2001); funcionamiento psíquico óptimo (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006). La integración de estos estudios al bienestar psíquico, es probablemente el logro más importante de la PP (Gancedo, 2008).

Sin embargo, existe un acuerdo en que es necesario analizar tanto los elementos positivos como los negativos de la experiencia, para lograr una visión más integradora del psiquismo humano (Gancedo, 2006); y en este sentido, varios autores coinciden en que la PP no desconoce ni pretende sustituir los conocimientos y modelos previos sobre las patologías y el malestar humano; sino ampliarlos y complementarlos (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Linley et al., 2006; Gancedo, 2008; Castro Solano, 2010 y Mariñelarena-Dondena, 2012).

La PP no desconoce el sufrimiento y las enfermedades de las personas, sino que procura dejar de igualar salud mental con ausencia de enfermedad y complementar el modelo médico con las nuevas perspectivas de los aspectos más positivos (Lupano y Castro, 2010).

### **1.5.1. Algunas definiciones de psicología positiva**

A pesar de que la PP es un campo de estudio bastante joven en la psicología, investigadores han intentado construir definiciones que recojan tanto los fundamentos teóricos previos de la psicología, como los resultados de las últimas investigaciones.

En la **Tabla 2** se hace una recopilación de algunas de las definiciones más recientes sobre la PP y sus objetos de estudio.

**Tabla 2.** Definiciones de psicología positiva y objetos de estudio

Autor(es)	Definición
Sheldon & King (2001)	La PP es definida como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades.
Seligman & Csikszentmihalyi 2000; Seligman (2005)	<p>La PP se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los personas, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología.</p> <p>En el nivel subjetivo trata con la experiencia subjetiva positiva: bienestar y satisfacción (pasadas); flujo, disfrute, placer sensual y felicidad (presentes); y cogniciones constructivas acerca del futuro —optimismo, esperanza y fe. En el nivel individual trata con los rasgos personales positivos —capacidad de amar y vocación, el coraje, habilidad interpersonal, sensibilidad estética, perseverancia, perdón, originalidad [...] En el nivel grupal trata con las virtudes cívicas y las instituciones que mueven a las personas a ser mejores ciudadanos: responsabilidad, altruismo, civilidad, moderación, tolerancia y trabajo ético.</p>
Gable y Haidt (2005)	La psicología positiva es el estudio de las condiciones y procesos que contribuyen al florecimiento o funcionamiento positivo de la gente, los grupos y las instituciones.
The Journal of Positive Psychology (2005)	La PP se refiere a las perspectivas científicas acerca de que hace que la vida sea digna de ser vivida. Se centra en los aspectos de la condición humana que llevan a la felicidad, a la completud y a prosperar.
Vera Poseck (2006)	<p>La PP es una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología.</p> <p>El objeto de este interés no es otro que aportar nuevos conocimientos acerca de la psique humana no solo para ayudar a resolver los problemas de salud mental que adolecen a los personas, sino también para alcanzar mejor calidad de vida y bienestar, todo ello sin apartar- se nunca de la más rigurosa metodología científica propia de toda ciencia de la salud.</p>
Linley, Joseph, Harrington y Wood (2006)	Es el estudio científico de las posibilidades de un desarrollo humano óptimo; a nivel meta-psicológico se propone reorientar y reestructurar teóricamente el desequilibrio existente en las investigaciones y prácticas psicológicas, dando mayor importancia al estudio de los aspectos positivos de las experiencias vitales de los seres humanos, integrándolos con los que son causa de sufrimiento y dolor; en un nivel de análisis pragmático, se ocupa de los medios, procesos y mecanismos que hacen posible lograr una mayor calidad de vida y realización personal.
Tarragona (2013)	La psicología positiva estudia científicamente el funcionamiento óptimo de las personas y se propone descubrir y promover los factores que les permitan a las personas y a las comunidades vivir plenamente.

Fuente: tomado con modificaciones de Lupano y Castro (2010); Piña (2014).

Partiendo de las anteriores definiciones, se puede concluir que, a la hora de delimitar la PP, cada autor hace énfasis en objetos de estudio diferentes, pero abarcan un tema en común que es el bienestar humano. Gancedo (2008), afirma que las definiciones se orientan a objetivos comunes: ampliar el foco desde la preocupación casi exclusiva por reparar el daño hacia el fortalecimiento de las potencialidades; investigar el bienestar psíquico y subjetivo; identificar, medir y promover este bienestar en sujetos, grupos y sociedades; y realizar todo lo expuesto con rigurosidad científica. Según esta autora, la definición que más se acerca a lo que pretende constituirse como PP es la de (Linley, Joseph, Harrington y Wood, 2006), en tanto es integradora de las experiencias vitales positivas y negativas y los rasgos positivos. Esta concepción teórica integradora permite tener una percepción más completa de los adolescentes, tanto respecto a los problemas y factores de riesgo, que sin duda los hacen vulnerables, como a los aspectos y comportamientos positivos susceptibles de potenciar.

Sin embargo, pese a los esfuerzos de la psicología por trascender en las concepciones negativas y conflictivas; la representación social sigue sesgada hacia la percepción más negativa. En un estudio realizado por Casco y Oliva (2005) en un entorno escolar, se constató que aunque se detectaron aspectos positivos y negativos respecto a los adolescentes, prevalecen por parte de los adultos, las percepciones negativas. Estos resultados evidencian como la idea instalada de los prejuicios sociales hacia los adolescentes continúa vigente, y se reafirma, en muchos casos, en la cotidianidad en el conflicto entre adolescentes y figuras de autoridad, el consumo de sustancias psicoactivas, las conductas delictivas, entre otras.

De otro lado, también es de advertir que la imagen dramática y desfavorable de la adolescencia ha posibilitado, en primer lugar, la detección de conductas antisociales, conductas de riesgo y trastornos que afectan la salud de los adolescentes y; en segundo lugar, la intervención psicosocial y educativa. El problema parece que radica en las formas de abordaje. De acuerdo con Oliva et al. (2010) explican que aunque hay que valorar muy positivamente el desarrollo e implementación de programas dirigidos a prevenir estos comportamientos de riesgo, se ha perpetuado el modelo de intervención centrado en el déficit, que considera que la ausencia de problemas es un buen indicador de un desarrollo adolescente saludable, modelo que excluye radicalmente los factores psicosociales que rodean a la persona y desestima las potencialidades y competencias como factores protectores.



### 1.6. Hacia un cambio de paradigma de la adolescencia: del enfoque de déficit al enfoque salugénico de la psicología positiva

Como afirma Casullo (2008):

Se trata ahora de ser capaces de integrar una mirada que tome en cuenta el *capital psíquico humano*<sup>2</sup> con el que cada sujeto cuenta, con la consideración de sus fallas, fracasos, dolores y carencias. Si bien es misión de la Psicología ocuparse del estudio de problemas en el campo de las patologías mentales, es imprescindible que focalice su quehacer científico y profesional en investigar las estrategias que posibilitan el desarrollo de un proyecto de vida sano, las fortalezas y virtudes, los talentos, superando sus ataduras a un viejo modelo médico centrado solo en el análisis de enfermedades y malestares (pp. 9-10).

Tal como se ha descrito en los apartados anteriores, la adolescencia en cuanto a nociones y a proceso evolutivo, ha tenido un desarrollo importante durante los últimos años desde el punto de vista analítico e investigativo, lo que ha permitido una comprensión más holística del fenómeno y una orientación hacia acciones centradas en el desarrollo, la protección y la promoción de las diversas condiciones sociales en las cuales se inserta este grupo etario. Es así como el concepto de adolescencia se ha ido transformado y completando desde la complejidad de abordajes disciplinarios.

Retomando el concepto de adolescencia en sus definiciones más actuales, se observa cómo desde las nuevas teorías del desarrollo y de la PP, se encuentran concepciones más integrales que completan las construcciones iniciales mencionadas en apartados anteriores. En la **Tabla 3** se presenta un compendio.

---

<sup>2</sup> «Conjunto de factores y procesos que permiten aprender a protegerse y sobrevivir, a generar fortalezas personales» (Casullo, 2005, p. 61).

**Tabla 3.** Definiciones de la adolescencia en los últimos años

Autor(es)	Definición
Krauskopf (1994)	La adolescencia es un periodo del ciclo vital, durante el cual las personas toman una nueva dirección en su desarrollo, requieren elaborar la identidad y se plantean el sentido de su vida, de su pertenencia, responsabilidad social y metas orientadoras. Los cambios biológicos, sociales y psicológicos llevan una segunda individuación (la primera individuación es la desimbiotización de la madre en la infancia) que moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar para resignificar la definición personal y social... Es el periodo en que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno.
Compas et al. (1995)	Período de desarrollo positivo durante el cual la persona se enfrenta a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades.
Petersen y Leffert (1995)	La adolescencia se caracteriza por experiencias de cambios, es un período de desafíos no necesariamente negativo y problemático, a menos que condiciones socioculturales o neurobiológicas específicas lo provoquen.
Organización Mundial de la Salud OMS (2006)	Es la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.
Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001)	Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.
Aláez, Madrid y Antona (2003)	La adolescencia no es algo autónomo sino una realidad que forma parte de un sistema social determinado, y es desde este entramado social que es necesario analizar las dificultades y problemas de los adolescentes; teniendo en cuenta las variaciones según se analice el fenómeno en diferentes entornos históricos, étnicos, culturales, geográficos o sociales, además de los factores individuales.
Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez, 2005	La adolescencia es una etapa especialmente importante puesto que en ella se producen sustanciales transformaciones en la personalidad, al mismo tiempo que se define la identidad y se lleva a cabo la elaboración de un proyecto de vida.
Oliver et al. (2006)	La adolescencia es un momento en que la sociedad transmite a la persona un sistema de prácticas, creencias y valores, pero es al mismo tiempo el momento en que la persona rechaza o asume esas prácticas, creencias y valores. En la adolescencia, la persona comienza a asumir su independencia y autonomía frente al medio social. Constituye su principal experiencia con la dimensión colectiva de la vida y, por eso, los adolescentes necesitan ser reconocidos como un recurso vital para sus familias, para su comunidad y

Autor(es)	Definición
	para la sociedad en general... Una visión consistente con los derechos humanos y desde el enfoque de ciclo de vida considera a los adolescentes como seres humanos iguales que, por estar en un momento particular de desarrollo y de su historia, tienen necesidades y subjetividades específicas determinadas por su edad. No se asume la adolescencia como la preparación para la vida, sino como la vida misma.
Cardozo (2008)	La adolescencia es en sí misma una etapa de profundos cambios, de transformaciones, que lleva al sujeto a una búsqueda incesante de nuevos escenarios de socialización y nuevas formas de sociabilidad, a fin de lograr consolidar su identidad personal y social. En ese mundo de autonomía creciente en el que viven los adolescentes, comienzan a tener peso las decisiones propias y las trayectorias bosquejadas a partir de las disposiciones singulares de la edad, en combinación con las prácticas a través de las que se perfila el proyecto adulto. Este último aspecto es el que nos lleva a remarcar que es en este momento del ciclo vital, cuando más se patentizan los modos diferentes de exposición ante la adversidad, por lo que se torna necesario fomentar habilidades sociales, cognitivas y emocionales que les permitan enfrentarse exitosamente los desafíos que se les presentan (Cardozo, 2008).
Cingolani (2009)	La adolescencia es una etapa del ciclo vital que se caracteriza por profundos cambios en el nivel biológico, emocional e intelectual. Es un periodo de consolidación de las propias competencias frente al mundo, la realidad y el entorno social, a través de un proceso de constante adaptación y ajustes entre sus recursos personales y los intercambios con los otros. La investigación sobre la naturaleza de este fenómeno desde una perspectiva centrada en la salud busca identificar y potenciar aquellas características y recursos que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento de la salud o su recuperación, y el afrontamiento resiliente de la adversidad al neutralizar, disminuir o compensar los efectos -directos o potenciales- de los factores de riesgo.
Vázquez, Giménez y Hervás (2010)	La adolescencia es un periodo de la vida en el que los procesos de construcción de identidad, el desarrollo de nuevas formas de pensamiento, incluyendo la capacidad de razonamiento moral y el fortalecimiento de relaciones sociales, se convierten en una oportunidad irreplicable para la consolidación de valores y fortalezas humanas. Padres, educadores y sociedad en general no deben perder de vista las posibilidades asociadas a esta etapa de la vida.
UNICEF (2011)	La adolescencia se caracteriza como una etapa de oportunidades, pero sin olvidarse de alertar sobre la importancia de investigar sobre la salud mental de los adolescentes y establecer programas de prevención, de intervención temprana y estrategias de tratamiento eficaces y asequibles a toda la población.
(Fize, 2001).	La adolescencia es un fenómeno complejo, hecho de realidades biológicas y mentales, pero también sociales y culturales. La adolescencia es incierta en su derivación ya que es un proceso. Solo se sabe que se extiende por sus dos extremos, al empezar más temprano y al concluir más tarde... La adolescencia no es solo orgánica y psicológica; es eminentemente cultural. Sí, la adolescencia moderna es fundamentalmente una cultura. Es otro mundo (son años luz de nosotros), un mundo que nos fascina e inquieta la vez.

Autor(es)	Definición
	Ella valora, reglas, su propia concepción del tiempo y del espacio, su propio juicio. La adolescencia, en definitiva, es la combinación de singular y plural. Es una edad que no se puede comprender bien sino en conjunto, en sus dos dimensiones, indivisibles e inextricables.
Marina (2014)	Es una etapa vital decisiva, porque en ella se abren gigantescas posibilidades de aprendizaje. Es el momento de adquirir fortalezas nuevas, de suplir carencias, de hacer proyectos. El Nuevo Paradigma de la Adolescencia es menos sombrío que el anterior, porque en ella emerge una característica esencial de nuestro modo de vivir. El mundo humano es una mezcla de realidad y posibilidad. Eso somos todos nosotros: lo que somos y lo que podemos ser. Y este es el mensaje que debemos dar a los adolescentes.
Gaete (2015)	La adolescencia es aquella etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto. En este período, en el que ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, la persona se hace tanto biológica, como psicológica y socialmente madura y capaz de vivir en forma independiente (o más bien en camino hacia ello en la actualidad, aunque depende de las circunstancias).

Teniendo en consideración las diferentes concepciones en torno a la adolescencia —clásicas y contemporáneas—, se encuentran algunos aspectos más o menos comunes, sea desde el punto de vista biológico, psicológico o socio-cultural. La literatura muestra que la concepción más difundida de la adolescencia continúa siendo la que la define como un tiempo, edad, momento, período o etapa de transición y preparación de la niñez a la vida adulta; sin embargo, se ha trascendido de los factores meramente biológicos y fisiológicos, a los aspectos psicológicos y socio-culturales específicos de la edad. Asimismo, es un consenso que la pubertad, a diferencia de la adolescencia, es una experiencia universal. Todos los humanos experimentan una etapa de grandes transformaciones físicas —de inicio y duración e intensidad variables— sin embargo, la pubertad no tiene porqué ser traumática para todos. La pubertad es un componente de la adolescencia y esta, a su vez, es una construcción social e individual que habla de la subjetividad, es un período de cambios y transformaciones no necesariamente negativos; el adolescente está inmerso en un entorno cultural que le transmite diversos sistemas de prácticas, creencias y valores; es un período de continuidad de construcción y consolidación de la identidad. Desde la perspectiva de desarrollo positivo se percibe como un momento oportuno para identificar y potenciar los recursos que favorecen el desarrollo, es un momento para la adquisición de fortalezas y planificación de proyectos.

En la **Tabla 4** se presenta, a modo de resumen, una comparación entre el paradigma clásico y el paradigma contemporáneo para el abordaje de la adolescencia.

**Tabla 4.** Paradigmas para el abordaje de la adolescencia

Viejo paradigma	Nuevo paradigma
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aborda la adolescencia exclusivamente desde la problemática (por ejemplo: embarazo adolescente, abuso de drogas o alcohol, violencia, suicidio).</li> <li>Se centra en la conducta de riesgo — conducta que pone en peligro la vida— como una enfermedad que demanda tratamiento (atención y prevención).</li> <li>Ignora los atributos positivos y fortalezas de los adolescentes, impidiendo su desarrollo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promueve el desarrollo integral y la participación adolescente.</li> <li>Desarrolla las <i>aptitudes personales</i> y da cabida a las contribuciones de los adolescentes.</li> <li>Tiene en cuenta la diversidad de conductas y la heterogeneidad adolescente.</li> <li>Apuesta por los <i>factores de desarrollo positivo</i> mientras se van reduciendo los factores de riesgo (aquellos que inciden en la vulnerabilidad de los adolescentes).</li> </ul>

Fuente: tomado de Oliver et al. (2006).

### 1.7. Interacciones entre las variables de salud, resiliencia, perspectiva temporal futura y actitudes de género en el adolescente en el marco del modelo ecológico de Bronfrenbrener

Desde la perspectiva ecológica de Bronfrenbrener, se puede ubicar la adolescencia en un momento de *transición ecológica*, teniendo en cuenta que toda transición es consecuencia y causa de los procesos de desarrollo y depende conjuntamente de los cambios, a todos los niveles como ya se ha mencionado antes, en un proceso de acomodación mutua entre la persona y su entorno. Los modelos ecosistémicos describen los procesos adaptativos e inadaptativos de las personas y los factores situacionales e individuales que median en los procesos. En este sentido, se entiende que el adolescente crece y se adapta/acomoda a través de intercambios con sus ambientes inmediatos y lejanos.

La psicología evolutiva y la psicología de la salud han aplicado los modelos ecológicos para explicar los síntomas depresivos desarrollados por adolescentes de padres separados (Broder,

1996); tratamiento y prevención de problemas de salud, demostrando los beneficios de la aplicación del modelo sobre la salud (Grzywacz y Fuqua, 2000). De otro lado, se ha aplicado en programas de intervención, para promover la salud y el desarrollo adolescente como aporte que potencia las posibilidades para la realización de cambios y ajustes en la dirección de la vida (Oliva et al., 2010).

Desde la PP, Mariñelarena (2014) señala que Casullo retomó este modelo en sus investigaciones sobre resiliencia y destacó la influencia del contexto social y cultural en el desarrollo de las personas (Dell’Aglia, Koller, & Yunes, 2006). Entendiendo el concepto de resiliencia como «la capacidad de la persona de adaptarse positivamente a los contextos de riesgo y adversidad»; cómo las personas influyen sobre situaciones adversas de la vida, además de ser influidas por estas y, cómo las capacidades y fortalezas de los sujetos hacen posible un desarrollo sano. En esta misma línea Waller (2001) define la resiliencia como un constructo multidimensional y multideterminado, resultado de las transacciones dentro y entre los múltiples niveles sistémicos con los cuales interactúa la persona; lo que implica que la resiliencia no es estática, en tanto que el equilibrio ecológico de los sistemas de interacción en nuestra vida es dinámico y está en constante cambio por el éxito y fracaso frente a la adversidad. Asimismo, los factores de protección y de riesgo dentro de un ecosistema son dinámicos (Rutter, 1987) y pueden interactuar en la vida de una persona a través de cualquier relación que se tenga con otros agentes del ecosistema.

Cohler y Boxer (1984) señalan que el aumento de bienestar psicológico está asociado con cambios en el contexto social durante el desarrollo de lo que incluye la experiencia de congruencia entre la posición de una persona durante su ciclo vital y lo que es esperado con respecto a los miembros de una sociedad particular.

Desde otras perspectivas, en Max-Neef (1986) la satisfacción con la vida se consigue en la interminable red de acciones y proyectos que realiza el sujeto y que, en algunos momentos, son de tipo individual o colectivo, dependiendo de la utilidad que se les atribuya al momento de lograr las metas determinadas consideradas, a su vez, como satisfactores de bienestar.

Con relación a las metas Cantor y Kihlstrom (1987), en su *Teoría de Inteligencia Social* — que abarca aspectos relacionados con participación, aprendizajes y resolución de problemas a través de interacciones sociales de adaptación— hace referencia a la planificación de las metas y

señala la importancia del contexto vital (espacio/tiempo) ya que es desde este ámbito que las personas hacen una elección y de sus metas y la forma más conveniente de alcanzarlas, lo que implica la subjetividad. Esta perspectiva del contexto permite analizar los valores y demandas del entorno socio-cultural que influyen sobre el contenido de las metas de los adolescentes y en el compromiso que adoptan para su consecución y cómo estos se representan dichos requerimientos, en especial, respecto a los estudios y las relaciones con los pares.

En su teoría sobre la perspectiva temporal, Nuttin (1985) hace alusión a que la necesidad fundamental del ser humano es interactuar con el ambiente, enfatizando que estas dos entidades, persona y ambiente, mantienen una relación constante y dinámica. Pero el asunto va más allá; explica que la representación mental del futuro es fundamental para explicar la conducta humana que define como una acción sobre las cosas, determinada por los personas siempre dentro de un contexto, porque las personas siempre están insertas e interactuando en medio de situaciones; así entendida, la conducta es producto de la interacción entre aprendizajes del presente y representaciones futuras dentro de un contexto determinado. Pero es la manera cómo las personas perciben dichas situaciones, es decir, la representación simbólica de lo que le significa, lo que determina la influencia del ambiente sobre la conducta. Esto es lo que justifica para Nuttin, que persona y ambiente no son dos entidades separadas; la subjetividad y el entorno, determinan la conducta. En medio de estas interacciones la persona construye proyectos a futuro configurados y motivados por la necesidad de bienestar actuando en el presente para satisfacer dichas necesidades. Siguiendo esta línea de investigación se puede encontrar un número importante de trabajos en diferentes culturas que relacionan bienestar, metas o perspectiva temporal (Lang & Carstensen, 2002; Salmela-Aro & Nurmi, 1997; Salmela-Aro, Pennanen y Nurmi, 2001; Schmuck y Sheldon, 2001).

Al respecto, Díaz-Morales (2001) sostiene que el tipo de meta que se plantea una persona depende de su contexto y, a su vez, el tipo de meta influye en el bienestar dependiendo de las circunstancias situacionales. El contexto puede ser entendido como inmediato cuando se refiere al entorno donde se desarrolla la persona y el contexto lejano que hace referencia a la cultura en la que está inmersa la persona. En este mismo sentido, los intereses y creencias en relación con el futuro son aprendidos en interacción con los otros y dentro de un contexto social, lo que, a su

vez, implica que la edad social en la que se incluye el sujeto y su contexto socio-cultural influyen en cómo los adolescentes ven su futuro.

En esta tesis doctoral se considera este modelo ecológico como una herramienta conceptual que permite integrar el conocimiento de los adolescentes sobre su propia salud.

Como se indicó en la introducción, en esta investigación doctoral se ha planteado el estudio diferencial de los constructos que se inscriben dentro de la PP y las posibles relaciones que se analizarán a la luz de investigaciones previas. En el siguiente apartado, se citan algunos estudios que dan cuenta de dichas relaciones para, posteriormente, profundizar en cada uno de los temas que nos ocupan en los siguientes capítulos.

### **1.8. La salud, el bienestar, la resiliencia y las metas en el marco de la psicología positiva**

El estudio del proceso de la salud y más específicamente de la salud mental enmarcado en este contexto positivo de la psicología, nos remite a lo que se ha nombrado en la literatura como nuevo paradigma y que se ha tratado anteriormente. Temas que se estudian dentro de esta perspectiva son: el sentido de coherencia, la fortaleza, la autoeficacia aprendida, el locus de control, la resiliencia, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las estrategias de afrontamiento, los talentos y la creatividad.

En vista del creciente interés por estos temas y que el bienestar entendido como una apreciación subjetiva de «estar bien» es susceptible de ser estudiado empíricamente (Cuadra y Florenzano, 2010), es posible encontrar numerosos estudios en los que se relacionan variables psicológicas positivas entre sí y con la salud (Lent et al., 2005; Sun y Shek, 2010; 2012) aunque no existe una vasta bibliografía en población adolescente (Gutiérrez y Romero, 2014).

En estudios previos se encuentra que la satisfacción con la vida como componente del bienestar subjetivo (Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Schimmack, 2008), tiene gran consideración en el ámbito de la PP ya que está asociada a múltiples beneficios personales, conductuales, psicológicos, sociales y a la salud física y mental (Liu et al., 2013; Lyubomirsky et al., 2005; Oberle et al., 2011). En otros estudios al establecer una relación entre el sentido de la vida, el optimismo y la calidad de vida de las personas, los autores demostraron cómo el bienestar era el motor del desarrollo humano (Ho, Cheung y Cheung, 2010; Wood, Froh y Geraghty, 2010). En un estudio con adolescentes en Hong Kong, se constató que el desarrollo positivo se correlacionó



positivamente con la satisfacción con la vida y esta, a su vez, junto con el desarrollo positivo, se correlacionaron negativamente con problemas de conducta adolescente (Sun y Shek, 2012).

Recientemente, Vázquez (2013) realizó una revisión sistemática de meta-análisis que muestra correlaciones positivas en estudios sobre variables relacionadas con el bienestar psicológico (emociones positivas, satisfacción vital, optimismo, relaciones sociales satisfactorias, percepción de beneficios, etc.) y resultados relacionados con la salud. Así, por ejemplo, en Lyubomirsky et al. (2005), en una muestra de 275000 participantes entre estudios y tesis doctorales, que estudiaron el impacto bidireccional entre el bienestar psicológico (felicidad subjetiva, satisfacción vital) y diferentes áreas de funcionamiento (vida laboral; relaciones sociales; salud; conducta prosocial; creatividad; resolución de conflictos), encontraron que el bienestar emocional (felicidad subjetiva, emociones positivas, y satisfacción vital) es predictor del funcionamiento en varias áreas. Los tamaños del efecto son variados dependiendo del resultado y tipo de estudio. En 150 estudios (N=44.159) sobre el Impacto del bienestar psicológico en indicadores objetivos de salud, Howell, Kern y Lyubomirsky (2005) encontraron que el bienestar psicológico tiene un impacto significativo ( $r = .14$ ) en variables objetivas de salud tanto a corto ( $r = .15$ ), como a largo plazo ( $r = .11$ ). El impacto positivo es mayor en la respuesta inmunológica y en la tolerancia al dolor. En otros estudios sobre el bienestar general en personas con trastornos mentales graves no hospitalizadas, Vatne y Bjorkly (2008) encontraron una asociación significativa entre bienestar y diferentes tipos de trastornos mentales. El bienestar está fuertemente asociado al Ocio y a Relaciones sociales, pero no a aspectos como la seguridad personal o el trabajo. La depresión clínica es el cuadro más asociado a un menor bienestar, pero explica menos de un 29 % de la varianza. En 148 estudios (N=308.849), sobre el impacto de la cantidad y calidad de las relaciones sociales en el riesgo de mortalidad, Holt-Lunstand et al. (2010) concluyeron que quienes tienen mejores relaciones interpersonales tienen un 50 % más de probabilidad de supervivencia (OR = 1.50; IC 95 %: 1.42-1.59). El hallazgo se mantiene independientemente del grupo de edad, sexo, estado de salud inicial, causa de muerte y periodo de seguimiento. En Lamers, Bolier, Westerhof, Smit, y Bohlmeijer (2011), en 17 estudios (N= 12.744), analizaron el impacto del bienestar emocional (afecto positivo y satisfacción vital) en la recuperación de enfermedades físicas y la supervivencia de enfermedades físicas, y concluyeron

que la capacidad predictiva era pequeña pero significativa entre bienestar y recuperación ( $RR = 1.14$ ).

Otro constructo que se sitúa en la corriente de la PP y promueve la salud mental es la resiliencia (Manciaux et al., 2001) reconocida como un aporte a la promoción y al mantenimiento de la salud mental y la calidad de vida (Grotberg, 2003; Melillo, Suárez y Rodríguez, 2004). La promoción de la resiliencia puede complementar las intervenciones que hacen énfasis en las posibilidades de cada persona para superar las dificultades durante todo el ciclo vital y preparar a las personas para que fortalezcan la capacidad de enfrentar la adversidad e integrarla a los proyectos de vida, posibilitando reencuadres y cambios de perspectiva (González-Arratia, Valdez, van Barneveld y González, 2009). En este sentido, Block y Kremen (citado en González-Arratia et al., 2009) demostraron que las personas resilientes perciben y afrontan la vida de un modo más optimista, entusiasta y enérgico, son personas curiosas y abiertas a nuevas experiencias caracterizados por altos niveles de emocionalidad positiva. En otra investigación realizada en Lima, con el objetivo de determinar la relación entre los niveles de resiliencia y el grado de definición del proyecto de vida en estudiantes adolescentes del tercer año de secundaria, Flores (2008) concluyó que los estudiantes son resilientes, existiendo una relación altamente significativa entre resiliencia y proyecto de vida, en ambos sexos. Igualmente se observó que las mujeres presentan mayor grado de resiliencia y definición en sus proyectos de vida que los hombres.

La resiliencia es efectiva no solo para enfrentar adversidades, sino también para la promoción de la salud mental y emocional. En un estudio con una muestra de estudiantes universitarios canadienses y japoneses Chok (citado en Gutiérrez y Romero, 2014) detectó en las personas resilientes una autorregulación de las cogniciones, una disminución en la intensidad del estrés y un aumento de la salud emocional; al tiempo que un decrecimiento de emociones negativas como ansiedad y depresión.

Es un consenso que los adolescentes disponen de factores de protección que les ayudan a defenderse ante las situaciones adversas en la interacción con los otros y con el medio en el día a día (Liu et al., 2013). Scales, Benson, Leffert y Blith (2000) mostraron cómo los adolescentes que gozan de un mayor número de recursos presentaron un desarrollo más saludable y positivo. Dichos recursos hacen referencia a los factores que pueden promover la resiliencia y que están

relacionados con otros elementos psicológicos positivos como el optimismo, la autoestima, el afrontamiento activo, el bienestar psicológico y el apoyo social (Afifi y MacMillan, 2011; Collishaw et al., 2007; Haggerty, Sherrod, Gamezy y Rutter (2000); Leiva, Encina y Pineda, 2013; Melillo, 2007; Steinhardt y Dolbier, 2008; Veselska et al., 2009).

### 1.9. Resumen

El concepto de adolescencia ha ido evolucionando desde su invención como producto de los cambios sociales del siglo XXI hasta los tiempos actuales y ha estado sujeto a interpretaciones culturales y a manipulaciones ideológicas (Fize, 2009).

Ha sido objeto de estudio de la antropología, la psicología, la biología del desarrollo, la sociología, la historia y la medicina, y desde cada una de estas disciplinas se han planteado teorías y definiciones que orientan la investigación y las prácticas sociales.

En los inicios, el estudio de la adolescencia y hasta hace poco tiempo, se describía como «tempestuosa revolución» aludiendo a un momento crítico de la vida, lleno de confusión y contradicciones.

En el campo de la psicología se diferencian tres enfoques clásicos determinados por factores biológicos, sociales y psicológicos. El *enfoque biogenético*, presupone que la adolescencia tiene su origen en los cambios biológicos y hormonales; esta idea de la adolescencia como un sustrato biológico, representa una fase universal e imprescindible del desarrollo de la persona con conductas y comportamientos que no obedecen a factores sociales o culturales (Lozano, 2014). El *enfoque sociogenético*, enmarca la adolescencia en un contexto sociocultural; desde estas teorías no existen patrones universales que determinen el desarrollo de la conducta, se desmarca de los parámetros individualistas y, aunque no íntegramente, es excluyente de los factores biológicos. Y por último, el *enfoque psicogenético*, que vincula las dimensiones biológica y social. Los tres enfoques están centrados en el modelo de déficit.

Sin embargo, en los últimos años han surgido nuevos enfoques en el estudio de la salud, que sugieren definiciones cada vez más holísticas e integradoras y modelos teóricos más orientados a la promoción que a la prevención y es así como en medio de una atmósfera centrada en la salud, a finales del siglo XX, nace el concepto de *promoción de la salud* que preludia el surgimiento del

enfoque salugénico. El fin de la promoción sería el incremento de la salud y el bienestar en general (Godoy, 1999).

Como manifestación del enfoque salugénico en Estados Unidos con Seligman, y en Argentina con Casullo, surge la PP que centra sus esfuerzos en el estudio del bienestar y lo relaciona con otros constructos como el bienestar psicológico, el optimismo, la felicidad, la autodeterminación, la fortaleza, entre otros. La integración de estos estudios al bienestar psíquico, es probablemente el logro más importante de esta nueva rama de la psicología (Gancedo, 2008).

La PP se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, y a nivel grupal, como las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002). Sin embargo, La PP no desconoce el sufrimiento y las enfermedades de las personas, ni pretende sustituir los conocimientos y modelos previos sobre las patologías o el malestar humanos, sino ampliarlos y complementarlos con las nuevas perspectivas de los aspectos más positivos.

Desde estas nuevas perspectivas teóricas también se empezó a cuestionar el concepto de adolescencia enmarcado en los modelos de déficit y se empezó a vislumbrar una idea de la adolescencia como una etapa menos negativa. Así, la concepción turbulenta se ha ido replanteando a través de nuevas investigaciones y en este contexto, desde enfoques más salugénicos, la adolescencia se concibe como una construcción social e individual que habla de la subjetividad, es un período de cambios y transformaciones, no necesariamente negativos, un período de continuidad de construcción y consolidación de la identidad. Como dice Marina (2014): «es una etapa vital decisiva, porque en ella se abren gigantescas posibilidades de aprendizaje. Es el momento de adquirir fortalezas nuevas, de suplir carencias, de hacer proyectos».

De otro lado, las más recientes teorías explicativas del desarrollo se ajustan más a la realidad y reconocen que la adolescencia se manifiesta en función de la persona que la experimenta con todas sus condiciones biológicas, psicológicas (positivas y negativas) en un entorno sociocultural determinado.

En este contexto de las teorías del ciclo vital, el modelo de Bronfenbrenner, es uno de los más importantes y considera que el desarrollo psicológico supone una reestructuración de la conducta

que tiene continuidad espacio-temporal, no es estático; dicho desarrollo se da también a nivel perceptivo, es decir, la manera cómo cada uno capta la realidad y, a nivel conductual, la manera como cada uno actúa. Estos dos procesos interactúan en el tiempo y en el espacio y dan lugar a la continuidad del desarrollo. El desarrollo se concibe como un momento oportuno para identificar y potenciar los recursos que favorecen el desarrollo, un momento para la adquisición de fortalezas y la planificación de proyectos. Esta perspectiva, considera que existen diferencias en cuanto a la edad de inicio y finalización y variaciones individuales en la progresión a través de la misma, es decir, el proceso de desarrollo puede ser asincrónico en sus diferentes aspectos (biológico, emocional, intelectual, social), asimismo, puede presentar periodos de regresión (Gaete, 2016).

Sin embargo, sí presenta algunas características comunes identificadas como *tareas de desarrollo*, que se refieren a los procesos que cada persona tiene que acometer para alcanzar los objetivos propios de su edad y entre ellas la consolidación de la identidad, es una de las principales tareas de esta etapa.

El estudio del proceso de la salud y más específicamente de la salud mental enmarcado en este contexto positivo de la psicología, nos remite a lo que se ha nombrado en la literatura como nuevo paradigma. Temas que se estudian dentro de esta perspectiva son: el sentido de coherencia, la fortaleza, la autoeficacia aprendida, el locus de control, la resiliencia, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las estrategias de afrontamiento, los talentos y la creatividad.

Algunas investigaciones han encontrado relación entre estos constructos y el ambiente en que se desarrolla la persona y cómo el desarrollo positivo se correlaciona positivamente con el bienestar psicológico (Manciaux et al., 2001). La satisfacción con la vida está asociada a múltiples beneficios personales, conductuales, psicológicos, sociales y a la salud física y mental (Liu et al., 2013; Lyubomirsky et al., 2005; Oberle et al., 2011). El desarrollo positivo se correlaciona positivamente con la satisfacción con la vida y esta, a su vez, junto con el desarrollo positivo, se correlacionan negativamente con problemas de conducta adolescente (Sun y Shek, 2012).

En general, en la literatura se encuentra que la concepción más difundida de la adolescencia continúa siendo la que la define como un tiempo, edad, momento, período o etapa de transición y preparación a la vida adulta, pero ha trascendido de los factores meramente biológicos o

fisiológicos —que definen mejor la «pubertad»— a los aspectos psicológicos y socioculturales específicos de la edad; considerando tanto sus aspectos positivos como negativos.

Por todo ello, en la presente tesis doctoral se considerará al adolescente inmerso en un contexto ecológico en el que se generan constantes interacciones entre los aspectos biológicos, psicológicos y el entorno social y que influyen en la manera cómo cada uno percibe su realidad y en la manera de actuar. Una concepción del adolescente y la adolescencia desde una perspectiva de la PP como un momento propio para identificar y potenciar los recursos que favorecen el desarrollo, y para la adquisición de fortalezas y la planificación de proyectos. En este marco, se estudiará el bienestar, resiliencia, metas, y actitudes de género de los adolescentes y cómo estos aspectos se relacionan. Frente al último aspecto relacionado con las posturas frente a los roles de género es pertinente señalar que no ha sido muy estudiado si se compara con las demás variables, lo que podría ofrecer nuevos aportes al estudio de la adolescencia con perspectiva de género.

## *Capítulo 2. La salud de los adolescentes*

---





*La psicología es mucho más grande que la medicina o arreglar cosas insaludables. Engloba la educación, trabajo, matrimonio, incluso los deportes. Lo que quiero hacer es ver a los psicólogos trabajar para ayudar a las personas a que construyan sus fortalezas en esos dominios.*

Martin Seligman.

## **2.1. Introducción**

El estudio desarrollado sobre la adolescencia pretende reflejarla como una etapa presidida por la evolución, el cambio y el desarrollo, entendida desde la PP como un momento en el que confluyen transformaciones que no tienen porqué ser traumáticas y críticas y que serán muy importantes para la persona por el significado que tienen en la transición hacia la vida adulta.

En este capítulo se hará referencia a investigaciones en torno a la percepción del estado de salud durante la adolescencia, que correlacionan esta dimensión con algunas de las variables estudiadas en la presente tesis doctoral como el sexo, la edad, el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, la resiliencia, o las actitudes de género; analizándose de qué forma la evaluación subjetiva que cada persona establece durante esta etapa, se conecta con unos u otros valores en función de las características contextuales en las que este se desenvuelve, así como otros factores de índole psicosocial que actúan como condicionantes.

En el presente, se reclama una visión integral de la salud, de la que participan todas las esferas de la persona; porque como ya se ha mencionado en el capítulo anterior, la salud no es sólo ausencia de enfermedad, y no puede aislarse para ser abordada desde una única disciplina sanitaria sino que requiere la integración de las distintas áreas profesionales y reflexiones teóricas y metodológicas para su abordaje. Desde la adopción del paradigma salugénico, la implicación de la psicología junto a la medicina, la enfermería y la biología, entre otras ciencias de la salud, en el tratamiento global de la persona, es cada día más tangible, aunque en los países en vías de desarrollo aún no ha alcanzado el reconocimiento y la atención que requiere.

Conjuntamente, se realizará un análisis del enfoque salugénico y su repercusión en el abordaje de la salud en la actualidad, en la que principalmente se concibe esta desde una perspectiva holística bajo la que se integran aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Los cambios en la perspectiva de análisis bajo la que hoy se afronta la persona, resultan pues, trascendentales para configurar en su plenitud la psicología de la salud como área diferenciada dentro de esta ciencia.

## **2.2. La salud autopercebida como indicador del estado de salud**

La salud autopercebida es una medida de salud subjetiva, es decir, es la evaluación que hace la persona de su estado de salud general.

Esta medida ha sido utilizada en diferentes estudios como una medida adecuada de la salud global y existe un acuerdo generalizado sobre su validez (Appels et al., 1996; Borrell et al., 2010; Breidablik Meland, & Lydersen, 2009; Fogel & Israel; Ramos, Moreno, Rivera y Pérez, 2010).

Sin embargo, los estudios sobre el estado de salud de los adolescentes basados en cuestionarios de autoinforme son escasos y muchos de ellos basados en la percepción de los adultos responsables, lo cual puede estar enmascarando la real valoración (Londoño et al., 2012).

En Colombia, concretamente, son pocos los estudios que describen la situación de salud de los adolescentes desde su propia perspectiva (Higueta-Gutiérrez et al., 2015). En los últimos años, ha habido cierto interés por investigar acerca la *Calidad de Vida Relacionada con la Salud* CVRS en la población de niños y adolescentes, incrementado los estudios de una forma importante en diversas partes del mundo; sin embargo, en Colombia son pocos los estudios reportados hasta el momento, pues la mayoría se ha centrado en población adulta y, generalmente, se han asociado con enfermedades crónicas (Vinaccia & Quiceno, 2012). Entre los pocos realizados, se reseña el estudio de Londoño et al. (2012), sobre la percepción del estado de salud de mujeres de la región central de Colombia, cuyos resultados mostraron que los hombres reportaron una mejor percepción del estado de salud que las mujeres.

Recientemente, debido a los cambios sociales, se ha detectado que la percepción de la forma física es una variable relevante en la adopción de conductas saludables, pero ha sido poco estudiada. Se ha encontrado, por ejemplo, que la percepción de la competencia y habilidad física forman parte del constructo de la autopercepción, influyendo así de manera determinante en la imagen corporal (Ruiz-Prieto et al., 2015).

Respecto a los estudios que se obtienen a través de informes que aportan los servicios de salud sobre el estado de salud de los adolescentes —sin desconocer su importancia—

indudablemente es una información que resulta parcializada y no es un indicador adecuado para la población adolescente ya que este grupo etario no hace un uso frecuente de estos servicios Higuita-Gutiérrez et al. (2015), con lo cual sería importante la realización de más estudios en esta línea.

De otro lado, en la investigación científica, los estudios que utilizan indicadores objetivos de salud encuentran resultados dispares, mientras que las medidas de salud autopercebida reflejan, no solamente las condiciones físicas de la persona, sino también su nivel de ajuste emocional, dando como resultado correlaciones más elevadas (Díaz-Morales, 2001).

En este sentido, reviste gran importancia la autopercepción como indicador de salud de los adolescentes en tanto permite una aproximación más completa de su estado. Esta información tiene carácter subjetivo y por su naturaleza, puede representar los problemas de salud más comunes en la población a partir de sus experiencias, y no solo de la demanda de los servicios (Abellán, 2003 y Londoño et al., 2012). De otro lado, permite identificar aquellos factores protectores o potenciadores de conductas resilientes.

### **2.3. La salud de los adolescentes**

Durante la etapa de la adolescencia, la transformación que experimenta la persona hasta alcanzar la edad adulta, lo sitúa en un escenario de transición, en el que los síntomas que pueden padecerse, tanto a nivel físico como emocional, pueden ser relevantes para la persona.

Sin embargo, la forma en que se percibe esta vivencia cambia de forma sustancial de unas personas a otras, cuestión que ha motivado que en el estudio sobre el bienestar autopercebido de la población adolescente se haya delimitado el análisis de las variables afectivas, de aquellas observables a nivel cognitivo, que se circunscriben sobre la satisfacción vital de la persona, identificada a través de indicadores como la adquisición de metas o el aprecio que sienten por su estilo de vida. Entre estos análisis cognitivos, se encuentran las investigaciones sobre la percepción del estado de salud de la persona que tratan de relacionar el bienestar subjetivo con las variables objetivables que subyacen en su existencia personal. Como exponen Díaz, Santana, Rodríguez y Moreno (2014), todos los factores que informan la adolescencia condicionan el estado de salud subjetivo de la persona, siendo para estos autores todos ellos merecedores de atención por parte de la comunidad académica. Por ejemplo, en un estudio sobre el estilo de vida,

Ferrel, Ortiz, Forero, Herrera y Peña (2014), destacan que la estabilidad de ciertos hábitos no solo incide sobre la salud de la persona, sino también sobre la percepción que de ésta se forja a nivel interno. Este componente subjetivo que preside las investigaciones que correlacionan este tipo de variables añade dificultad a estos estudios dado que cada persona valora bajo su escala de valores todo cuanto acontece en su vida.

En relación con la percepción que tienen los adolescentes sobre su estado de salud, Latorre y Montañés (2004) han encontrado que a pesar de que durante la adolescencia no se poseen conocimientos plenos sobre las variables que intervienen en la configuración de la salud y existe un gran espíritu crítico, los adolescentes valoran, en general, de forma positiva su salud. Esta circunstancia resulta paradigmática, ya que a pesar del continuo examen al que parecen someter los adolescentes todo cuanto acontece en sus vidas, la salud se evalúa de forma positiva; no obstante, esta evaluación es matizada, como se verá más adelante, en función del estilo de vida que se mantiene ya que influyen variables como la edad y el sexo o el contexto en el que se vive.

Desde los aportes de la PP, los acontecimientos de cambio a los que la persona se expone durante esta fase vital no tienen por qué tener connotaciones negativas, de ser así, tienen que ser tenidos en cuenta a la hora de abordar esta etapa, vinculándose desde la psicología de la salud, los efectos de los cambios que se experimentan sobre cada una de las esferas de la persona en estos momentos (Barra, Cancino, Lagos, Leal, y San Martín, 2014). En el contexto de una mirada integradora, las vivencias que se perciben a nivel emocional tienen efectos sobre la dimensión fisiológica y pueden volver a la persona más vulnerable y sensible a la morbilidad respecto a distintas áreas de la salud, como las infecciones o las cefaleas; lo que se evidencia en el número de síntomas que la persona identifica como propios, y, a su vez, en la percepción subjetiva del estado de salud que posee. Para estos autores, un amplio porcentaje de los síntomas que los adolescentes sufren son inespecíficos y podrían provenir de la psicopatización, que ejercería de activador fisiológico en algunas circunstancias. De otro lado, de acuerdo con Pennebaker (2000), el bienestar psicológico se identifica con una menor vulnerabilidad frente a los síntomas físicos de las enfermedades. Por lo tanto, las variables emocionales pueden emplazar a la persona frente a una mayor predisposición al padecimiento del malestar y, de forma inversa, la fortaleza emocional funcionar como un mecanismo que acerca a la persona al bienestar.

En esta misma línea, de acuerdo con Díaz y Alvarado (2007), la investigación en este campo sugiere que quienes gozan de buena salud son más propensos a sentirse satisfechos con su vida en general, siendo la salud uno de los factores al que más importancia se le concede a la hora de configurar la valoración que se realiza sobre la calidad de vida; no obstante, de acuerdo con Arita (2005) no siempre la percepción de la salud encuentra un correlato directo con la salud objetiva de la persona, advirtiéndose, como se ha mencionado anteriormente, importantes variables que condicionan cómo se percibe a nivel subjetivo el estado de salud que se posee, tales como el contexto (Diener et al., 1999) el sexo (Videra-García y Reigal-Garrido, 2013); el apoyo social recibido, el nivel socioeconómico de la familia, la edad, la práctica de actividad deportiva o la condición física, entre otras (Wille et al., 2010).

La importancia de la variable sexo sobre la salud ha sido puesta de relieve en reiteradas ocasiones, siendo una de las principales explicaciones, los roles sociales que se atribuyen a mujeres y hombres (*e.g.* Hagger, Biddlle y Wang, 2005; Klomsten et al., 2004; Matud, Bethencourt, Ibáñez y López, 2009). Además, el peso que se le atribuye a la variable sexo, no solo adquiere importancia durante la adolescencia, si no que se ha evidenciado en los estudios que se circunscriben sobre todas las etapas (Higueta-Gutiérrez y Cardona-Arias, 2015). Por otro lado, Hoyt, Chase-Lansdale, McDade y Adam (2012) encontraron que hay muchas variables sociodemográficas, entre las que destacan el sexo y la edad, con base en las que se puede predecir una mayor predisposición hacia el desarrollo de conductas de riesgo, y que tienen, por tanto, influencia sobre la salud objetiva y también sobre la salud percibida. Para estos autores, ser varón sitúa automáticamente a la persona hacia una mayor probabilidad de adoptar hábitos poco saludables.

Esta circunstancia se debe, de acuerdo con Diener et al. (1999), a la influencia del contexto que condiciona a la persona para observar bajo un determinado crisol todo cuanto le sucede y atribuirle un significado, positivo o negativo, en función de la herencia sociocultural recibida. La sociedad envía un mensaje diferenciado a mujeres y hombres respecto a su rol social, que diversifica a unos y otros desde la infancia a través del proceso de socialización, haciendo que se interesen por distintas actividades y tengan diversas inquietudes; lo que influirá en las fases vitales sucesivas en la percepción de la salud que se posee, ya que al rol que se asocia con un determinado sexo, le corresponden unas ciertas creencias en torno a las cualidades ideales que

han de caracterizar a unos y otros. El proceso de socialización durante la adolescencia, como recogen Ferrel et al. (2014) es muy complejo al recibirse influencias desde múltiples ámbitos que interfieren entre sí. Como destacan Higueta-Gutiérrez et al. (2015), tras el constructo salud subyace un proceso complejo enraizado en la socialización que tiene que ser reflexionado.

Por esta razón, la asociación ideológica que la persona establece entre su rol y la valoración que hace de sí mismo, es una cuestión clave que repercutirá sobre todas las esferas vitales y, en este escenario, la valoración social que se le otorga a las características asociadas a la feminidad por un lado y a la masculinidad por otro, influyen sobre todas las dimensiones del desarrollo adolescente. De acuerdo con Weissman & Klerman (citado en Matud et al., 2009), la sociedad establece en torno al género una serie de expectativas que se vinculan a las cualidades ideales asociadas a uno y otro sexo, que son valoradas de forma desequilibrada, confiriéndose menor valía a las asociadas a la feminidad (fragilidad, sensibilidad, dependencia, indefensión) lo que podría influir en el estilo de vida que se escoge en función del sexo, y que tendría peso sobre la salud; al contrario, se atribuye un mayor valor a aquellas características propias de la masculinidad (pensamiento lógico, solución de problemas, capacidad de arriesgarse, expresión de la ira).

En esta misma línea, Colás y Villaciervo (2007) han indicado que el aprendizaje social conduce a la interiorización de las representaciones asociadas a la variable sexo, y estas son la base sobre la que se forjan las expectativas y objetivos vitales que las personas se plantean. Moreno y Vera (2008) han expresado que la educación cultural a la que se asiste bajo un modelo patriarcal, es el proceso a través del que se traslada a la persona una visión estereotipada del género que determinará las percepciones de la realidad.

De acuerdo con Rajmil, Estrada y Herdman (2001), las distintas expectativas que se establecen respecto a uno y otro sexo a lo largo de los distintos momentos vitales, se materializan a través de la distinta puntuación que obtienen varones y mujeres en las investigaciones realizadas sobre distintas etapas, como ponen en relieve al analizar sobre población infantil y adolescente la percepción de la salud, investigaciones en las que las diferencias por sexos, cada vez se van marcando más a medida que aumenta la edad de los encuestados. Para estos autores no existe, tras este acontecimiento, una causa, identificándose la naturaleza multifactorial de las diferencias halladas en los resultados cuando estos son clasificados.

Como recogen Cavallo et al. (2006), una peor percepción de la salud para las chicas supone, en consecuencia, un riesgo de padecer síntomas relacionados con enfermedades más elevado que en el caso de los chicos, que de acuerdo con Pikó y Keresztes (2007) no solo serían representativas durante la adolescencia, sino también en la edad adulta, en la que las mujeres manifiestan una mayor prevalencia de síntomas psicosomáticos y depresivos. Por otro lado, a pesar de que las mujeres padecen este tipo de síntomas, el estilo de vida de la población femenina, de acuerdo con Matud et al. (2009) la predispone a una mayor longevidad, actuando como un factor protector que encuentra su causa en la educación cultural que se recibe respecto al sexo.

De acuerdo con Pinto, Villagra, del Campo y Pires (2010), es necesario hacer hincapié sobre los componentes culturales, considerando el contexto en el que se desenvuelve la infancia y la adolescencia como un factor a través del que recibe información sobre lo esperable en materia de salud y, por tanto, que le servirá para construir su propia percepción; argumento bajo el que explican las diferencias obtenidas en distintos países. A través de estas investigaciones se constata la influencia de la variable sexo sobre la interpretación subjetiva de la salud, área sobre la que el género predispone a la mujer hacia una peor salud.

En los siguientes párrafos se reseñan algunas investigaciones que abordan, las variables: *sexo, edad, apoyo social, actividad física*, entre otras.

Para Benjet y Hernández-Guzmán (2002) que circunscribieron su estudio sobre la población mexicana, la experiencia de la menarquia sitúa a las adolescentes ante una mayor predisposición hacia la depresión, mientras que para los varones, la pubertad se caracteriza por ciertos cambios sobre la imagen corporal que tienen un efecto positivo sobre su autoimagen que trasladaban hacia el ámbito de la salud a la hora de valorar esta dimensión, siendo la variable sexo, por lo tanto, un factor influyente sobre la percepción del bienestar.

En otras investigaciones realizadas en Latinoamérica, Pinto et al. (2010) ponen de manifiesto que para las chicas la salud es percibida de forma más negativa, circunstancia que explican aludiendo a la gran cantidad de transformaciones que a nivel físico sufren las mujeres durante la adolescencia conllevan una mayor vulnerabilidad, pero también subrayando la importancia de las variables psicosociales, entre las que matizan la influencia cultural que se ejerce sobre estas en torno al aspecto físico, apuntando en la misma dirección que Ryff (1989), para quien el bienestar

presenta importantes diferencias en función de la edad, el contexto y el sexo; siendo los varones quienes perciben un mayor bienestar que las mujeres. En estudios más recientes, González, Sepúlveda, Molina, Martínez & Molina (2014), en un estudio realizado sobre la población adolescente chilena descubrieron que la morbilidad es mucho más alta entre los adolescentes de menor edad y siempre es más elevada entre las chicas.

En estudios realizados con población española, los adolescentes varones presentaron una mejor percepción subjetiva de la salud con respecto a las chicas (Vélez et al., 2009), mientras que en otros no se observaron diferencias en la puntuación obtenida respecto a la satisfacción vital (Videra-García y Reigal-Garrido, 2013).

Los estudios que abordan la *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS) entre población adolescente coinciden además en destacar que a mayor edad peor es la percepción de la salud y recalcan la importancia del contexto social a la hora de ofrecer una explicación. El apoyo social también ha sido expuesto como un factor que refuerza la percepción de la persona respecto a su calidad de vida (Benjet et al., 2002; Malkowska, Mazur y Woynarowska, 2004; Erginoz et al., 2004), en efecto, para los adolescentes tener facilidad para hablar con sus padres respecto a cuestiones vinculadas a su salud y los cambios físicos de la etapa mejoran la percepción positiva de esta y, para las chicas, recibir información sobre la menstruación y el sexo, reduce la influencia negativa de la menarquía sobre la percepción de la salud. Respecto al apoyo social, Barra et al. (2014) han expuesto que aquellos que cuentan con una red familiar más sólida son más resistentes ante los síntomas físicos, sufren menos infecciones y se recuperan más rápido.

Para Pikó y Keresztes (2007), los resultados muestran que las *variables de salud psicosocial* constituyen influjos importantes sobre la percepción de la salud de los adolescentes. Por otro lado, para Salguero, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda, Castillo, y Palomera (2015) durante la adolescencia la inteligencia emocional es una de las destrezas clave para permitir ajustar las respuestas de la persona a las necesidades, siendo especialmente relevante la importancia del ajuste emocional para comportarse de forma óptima ante cada desafío vital, mejorando su bienestar psicosocial.

En este contexto, una de las cuestiones que se han investigado de forma más abundante en los últimos años, es la relación que se establece entre la percepción de la imagen corporal y el autoconcepto en los adolescentes; objeto que en gran medida ha reclamado el interés fruto del



desarrollo de los últimos temas que ha generado un cambio cultural y una transición en los valores socialmente aceptados. El cambio en el modelo social que ha tenido lugar durante las últimas décadas, ha causado el abandono progresivo de ciertas formas de trabajo hacia otras más intelectuales, circunstancia que ha causado la disminución del ejercicio físico vinculado a la actividad laboral y ha tenido un enorme peso sobre la salud. En el estudio de la percepción de la salud, Becerra, Reigal, Hernández-Mendo y Martín-Tamayo (2013) sostienen la necesidad de incorporar variables como la condición física y la práctica de actividad deportiva. En esta misma línea argumental, Díaz et al. (2014) han indicado que el mantenimiento de un estilo de vida sedentario no solo repercute sobre el menor índice de actividad física que se practica, sino también sobre el resto de variables que influyen en la salud.

El sedentarismo hacia el que la evolución social ha situado a la gran mayoría de la población ha repercutido sobre la manera en que se concibe el deporte y, al mismo tiempo, influye en la cantidad de deporte que se practica, que en el caso de los chicos es más alto. De acuerdo con Becerra et al. (2013) y Moreno, Moreno y Cervelló (2013), la condición física de la persona es uno de los factores que más influencia tienen sobre la autoevaluación de la salud que se realiza de forma subjetiva.

Esta cuestión ha sido relacionada también con el autoconcepto, siendo la condición física un predictor de la valoración del autoconcepto físico que la persona realiza, y, a su vez, un factor que influye sobre el autoconcepto y sobre la percepción de la salud. Como evidencian Hurtado-Valenzuela y Álvarez-Hernández (2014), los adolescentes con sobrepeso estiman todas las dimensiones relacionadas con la calidad de vida —incluida la percepción de la salud— de forma más negativa que los que tienen un peso normal.

Según Moreno et al. (2013), las investigaciones que correlacionan la práctica de actividad física con la autoimagen y el autoconcepto refieren una mejor puntuación en estas dos últimas dimensiones entre quienes practican actividad deportiva, de forma que en el caso de los varones, este sería uno de los factores que explican por qué obtienen mejores resultados en las evaluaciones que conciernen a estas variables. De acuerdo con Videra-García y Reigal- Garrido (2013) los chicos tienen un mejor autoconcepto físico que las chicas en todas las categorías.

Por otro lado, la correlación positiva existente entre la práctica de deporte y el autoconcepto físico ha sido expuesta por Pastor y Balaguer (2001) y Klomsten, Skaalvik y Espnes (2004),

quienes hallaron como punto en común, que la actividad física refuerza áreas relacionadas con la percepción de las propias habilidades y la apariencia física, conduciendo a la mejora global del autoconcepto que se posee.

Urrutia, Azpillaga, de Cos y Muñoz (2010) demostraron una correlación positiva entre la percepción del estado de salud y la imagen corporal entre los adolescentes de ambos sexos; sin embargo, el autoconcepto físico es más elevado en los chicos que en las chicas. Por el contrario, para Latorre y Montañés (2004), durante la adolescencia aumenta la atención que la persona dirige hacia el funcionamiento del cuerpo a nivel físico y emocional, lo que puede repercutir en el aumento de síntomas que se padecen y han encontrado que la imagen corporal de ambos sexos durante la adolescencia no es demasiado positiva, aunque tiende a mejorar a medida que transcurre esta fase, debido a que el cambio precisa una etapa de aceptación hasta que se percibe de forma optimista. Resultados similares en Grandmontagne, Fernández, y Etxaniz (2010) quienes reportan, además, que existe una correlación positiva entre la variable edad y la percepción de la autoimagen, para estos autores en ambos casos a mayor edad, menor es la insatisfacción con el físico y, por consiguiente, es más positiva la autoimagen percibida.

Otra de las variables analizadas con relación a la percepción del estado de salud es la clase social. En una investigación llevada a cabo sobre población turca, Erginoz et al. (2004) no encontraron diferencias significativas, aunque se identificó el mayor estatus socioeconómico como un factor que condiciona positivamente la percepción de la salud; en el mismo sentido, la investigación de Goodman, Amick y Rezendes (1997) mostró la inexistencia de diferencias entre clases sociales, a la hora de percibir la salud, encontrando entre las adolescentes pertenecientes a familias de mayor renta una percepción de su salud más baja que en el resto de grupos sociales sobre los que se investigaba, hallazgos que explicaron otorgando a la variable sexo la influencia central a la hora de apreciar su estado de salud.

Para finalizar, se reseñan algunas investigaciones relacionadas con *conductas de riesgo* para la salud. En el mismo estudio mencionado anteriormente, Erginoz et al. (2004) muestran cómo para los jóvenes fumadores este hábito influía negativamente en su autopercepción del estado de salud; en el mismo sentido, Pikó y Keresztes (2006) investigando sobre población húngara, halló que los adolescentes que consumían drogas y no practicaban actividad física también apreciaban su salud de forma más negativa que los que llevaban un estilo de vida saludable.

En este sentido, es importante resaltar la función de la promoción de la salud. De acuerdo con Latorre y Montañés (2004), estos comportamientos pueden ser prevenidos mediante las actividades relacionadas con la promoción y la educación para la salud, ya que los adolescentes que adoptan conductas más saludables son aquellos que poseen una mejor satisfacción con su vida (Gaete et al., 2014). Otros autores resaltan que las diferencias de sexo a la hora de percibir la salud, precisan actuaciones diversificadas en el ámbito de la promoción y la vigilancia (Higuera-Gutiérrez y Cardona-Arias, 2015).

En resumen, la percepción que tienen los adolescentes sobre su estado de salud, en general, es positiva. No obstante, esta evaluación se determina en función del estilo de vida, la edad, el sexo o el contexto en el que se vive.

Las diferencias en la salud de los adolescentes que se atribuyen al sexo se explican por los cambios físicos, como la experiencia de la menarquia que sitúa a las adolescentes ante una mayor predisposición hacia la depresión, mientras que para los varones, la pubertad se caracteriza por ciertos cambios sobre la imagen corporal que tienen un efecto positivo sobre su autoimagen que trasladan hacia el ámbito de la salud a la hora de valorar su estado de salud. Por otra parte, existen unas diferencias generadas por roles sociales que se atribuyen a mujeres y hombres. La asociación ideológica que la persona establece entre su rol y la valoración que hace de sí mismo, repercute sobre todas las esferas de la vida y, en este escenario, la valoración social que se le otorga a las características asociadas a la feminidad por un lado y a la masculinidad por otro, influyen sobre todas las dimensiones del desarrollo adolescente. En general, se ha conferido menor valía a las características asociadas a la feminidad y un mayor valor a las características vinculadas a la masculinidad; diferencias que pueden ser determinantes en la salud. Por tanto, las chicas perciben peor su salud, lo que supone un riesgo de padecer síntomas relacionados con enfermedades, no solo en la adolescencia, sino en otras etapas del ciclo vital. Los chicos valoran mejor su estado de salud. También existe un acuerdo en que a mayor edad, peor percepción de la salud en ambos sexos; sin embargo, sigue siendo peor en las mujeres.

Más adelante, en el apartado 2.5., de este mismo capítulo, se amplía este asunto de las diferencias de sexo y desigualdades de género.

## **2.4. Abordaje de la salud física y psicológica: perspectivas desde la psicología positiva**

El término salud constituye un constructo de cuya conceptualización dependerá la forma en que ésta es abordada por una sociedad; la percepción de la salud que de forma subjetiva se posee, al mismo tiempo, va transformándose a lo largo de la vida. Desde la PP, la salud es analizada desde distintas perspectivas, físicas, psicológicas, intelectuales y emocionales que interaccionan para forjar el concepto global de salud (O'Donnell, 1989).

El estudio de la salud desde la psicología ha aumentado progresivamente considerándose una rama dentro de esta disciplina, cuyos principales objetivos son la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la evaluación y tratamiento de ciertas patologías y la evaluación y detección de áreas de mejora en torno al sistema de salud (Oblitas, 2008). La salud constituye una dimensión que ha de ser estudiada desde una triple perspectiva, la física, la mental y la social, habiendo sido definida por la OMS (1946) como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», definición que aún continúa en plena vigencia.

La importancia de las variables psicológicas sobre la salud hoy día ha sido apoyada a partir de múltiples investigaciones, habiendo quedado plenamente reconocida la competencia de la psicología de la salud para, junto a la medicina, desarrollar un abordaje integral de la salud bajo el que se contemplan las tres dimensiones que reconoce la OMS (estado físico, mental y social) afrontando la enfermedad desde el modelo biopsicosocial planteado por Engel (1977) bajo el que se afirma, que en todas las fases que configuran el proceso salud–enfermedad participan factores de carácter biológico, psicológico y social, circunstancia que aconsejaba abandonar el paradigma biomédico instituido por Bright en el siglo XIX.

Concebir la persona desde una perspectiva global constituye una gran novedad que implica acoger el concepto de salud multifactorial recogido por la OMS tres décadas antes del planteamiento del modelo biopsicosocial (Laham, 2006) y que, de acuerdo con Oblitas (2008) encuentra su antecedente en el interés otorgado desde la psicología a la salud que permitió superar la dicotomía positivista cuerpo–mente construida por Descartes.

Borrell (2002) destaca algunos aspectos clave en el paradigma de Engel (1977) como la interacción entre causas psicológicas, sociales y orgánicas en la enfermedad que, bajo la perspectiva opuesta, supone aceptar que las variables psicosociales pueden ser el germen del

inicio de una patología, o que los síntomas que el paciente experimenta no están directamente relacionados con la entidad biológica de la enfermedad que sufre sino de los mecanismos psicosociales que participan en el proceso. Dentro de las variables psicosociales, se han descrito, por un lado, los *patógenos conductuales* como aquellos factores que predisponen a la persona a la enfermedad, que se asocian a conductas que el sujeto adopta de forma deliberada, como el hábito tabáquico, y los *inmunógenos conductuales* que equilibran la balanza en el sentido contrario, entre los que cabe citar, con Belloch y Olabarria (1993) la alimentación equilibrada o el ejercicio físico, entre otros.

Volviendo sobre los inicios de la PP, las investigaciones de Antonovsky, que sirvieron para formular el modelo salutogénico se dirigieron sobre un grupo de mujeres europeas que habían vivido la Gran Guerra y tenían en común ser supervivientes de un campo de concentración; los resultados mostraron entre este grupo más síntomas vinculados a la enfermedad pero, frente al grupo de control, la fortaleza de su bienestar psicológico sorprendía y hacía necesario seguir profundizando en la forma en que estas variables podían influir sobre la superación de las enfermedades, surgiendo, en estos momentos, una nueva estrategia de observación bajo la que la salud era analizada desde una perspectiva multifactorial. Para Antonovsky (1987) la PP es el prisma adecuado para abordar todo cuanto se relaciona con la salud, olvidando el enfoque centrado en la enfermedad al que se había recurrido hasta tal momento para explicar las alteraciones de la salud. Bajo este modelo, la salud de la persona, que se entiende de forma integral, nunca será perfecta, aunque sí podrá ser considerada como perfecta por el persona. Para este autor es necesario trazar un paralelismo entre el modelo salutogénico y la teoría de sistemas en tanto que la salud es un proceso que implica dinamismo. Desde esta perspectiva, el énfasis se centra sobre todos los factores que intervienen en la configuración de la salud y el bienestar. Una de las nociones clave de su teoría es el «Sentido de Coherencia», compuesto por la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad que harían confluir tres áreas, cognición, conducta y motivación, que constituyen las habilidades básicas de la persona para controlar su vida, conformando un núcleo de destrezas que la persona per se posee y le permiten controlar su salud.

A partir del modelo instituido por Antonovsky (1987) como parte del modelo biopsicosocial de la salud y, posteriormente, a partir del estudio de las dimensiones positivas o salutogénicas de la

personalidad como factores protectores en la adolescencia, Casullo (2000) bajo el nombre de *psicología salugénica o positiva*, se propone abordar la salud de forma integral, introduciendo en este enfoque elementos como la resiliencia y las características de la personalidad como base en el abordaje de las estrategias de promoción de la salud. Tras la revolución industrial, la modernización que han experimentado las sociedades han afianzado la importancia concedida a la salud, siendo las labores de prevención de la enfermedad una constante desde tal momento.

Desde la PP y en relación con la salud, la adolescencia es una fase relacionada con el desarrollo y la adquisición de destrezas en todos los ámbitos y se concibe como período de transición vital durante el que se suceden cambios que serán determinantes para la consolidación de la identidad, de índole psicosocial, cognitiva, física y emocional, por lo que se convierte en una fase en la que la atención que se presta a la salud adquiere una gran relevancia tanto a nivel psicológico como físico (Videra-García y Reigal-Garrido, 2013). Asimismo, de acuerdo con Latorre y Montañés (2004) esta es la etapa en la que se adquieren la gran mayoría de los hábitos saludables que permanecen a lo largo de la vida, como el seguimiento de una dieta equilibrada o la práctica de ejercicio físico con regularidad, factores que tienen un trascendental peso a la hora de configurar la salud global de la persona; igualmente, de acuerdo con estos autores, durante esta fase los jóvenes se enfrentan a un mayor peligro de optar por conductas que repercuten negativamente sobre la salud, tales como la adquisición de hábitos como el consumo de drogas, alcohol y tabaco. Los factores positivos y negativos que influyen sobre la salud, expuestos por Latorre y Montañés (2004), conectan con los patógenos e inmunógenos conductuales a los que Belloch y Olabarria (1993) habían hecho referencia. De acuerdo con Latorre y Montañés (2004), factores como la ansiedad condicionan a los adolescentes hacia un mayor riesgo de adopción de conductas perjudiciales, como el consumo de drogas y alcohol, circunstancia que también se ha tratado de modo inverso, atribuyendo que la alteración emocional no es la causa sino la consecuencia del abuso de estas sustancias, aunque se ha alcanzado un mayor consenso en relación con el peso que puede alcanzar la estabilidad emocional sobre el desarrollo de este tipo de conductas. En relación con la ansiedad se ha expuesto que es más prevalente entre las mujeres, habiéndose puesto de manifiesto la influencia de la variable sexo en este ámbito que, además, se ha relacionado con aspectos de carácter emocional, situándose las chicas ante una

mayor predisposición a padecer depresión y somatizar estos síntomas (Viñas, González, García, Malo y Casas, 2015).

De otro lado, de acuerdo con Casullo y Castro (2000) las variables género, edad y contexto sociocultural no influyen sobre el bienestar psicológico percibido durante la adolescencia. Sin embargo, otras investigaciones afirman que la edad influye sobre el bienestar psicológico, mostrando cómo a mayor edad peor autoconcepto se posee y, por el contrario, a menor edad, mayor es su predisposición hacia el cambio, evitando transformar los rasgos con los que no se sienten satisfechos (Martín, 2002).

Como se ha mencionado más arriba, una de las variables sobre las que la PP ha incidido a la hora de analizar qué elementos influyen sobre el bienestar es la resiliencia, —tema que interesa en esta tesis doctoral y que se analizará más a fondo en el capítulo 4— que constituye el conjunto de características de la persona que pueden influir positivamente sobre su capacidad de adaptación, es decir, la facultad de sobreponerse a las dificultades que poseen algunas personas frente a los obstáculos, superándolos y fortaleciéndose a través de la experiencia (Omar, Paris, Uribe, Ameida da Silva y Aguiar de Souza, 2011); de acuerdo con Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros, Fernández-Zabala, Revuelta (2016), la resiliencia se conecta de forma positiva con el bienestar y también con la salud.

Estos autores encontraron que entre los chicos existían valores más altos de resiliencia, autoconcepto y satisfacción con la vida que en el caso de las chicas, demostrando la relación existente entre resiliencia y sexo; además, pusieron en relieve la capacidad explicativa de la resiliencia sobre el afecto positivo, exponiendo cómo las cualidades personales durante la adolescencia contribuyen sobre la percepción subjetiva del bienestar y la satisfacción con la vida. La resiliencia potencia en la persona su capacidad para superar las dificultades que emergen durante la vida y, además, refuerza el autoconcepto y la confianza en sí mismo reduciendo los afectos negativos, conduce no solo a una mejora del optimismo sino también de su bienestar. En estudios recientes Wright, Masten y Narayan (2013), también confirman que los adolescentes con mayor resiliencia perciben mayor bienestar.

La resiliencia, de acuerdo con Omar, Paris, Aguiar de Souza, Almeida da Silva & del Pino-Piña (2009), también influye sobre la Inteligencia Emocional (IE), de forma que los jóvenes con más IE poseen mayor capacidad para superar los obstáculos. En otros estudios, la influencia de la

IE sobre la ansiedad y la salud, demostrada por Latorre y Montañés (2004), ponen de manifiesto que los adolescentes con menor capacidad de autorregulación se exponen a un mayor riesgo de padecer síntomas, mostrando una mayor predisposición hacia la enfermedad.

Respecto a las variables sexo y edad, los estudios en torno a la resiliencia muestran que se relacionan con el bienestar psicológico; por ejemplo, Figueroa et al. (2005) encontraron mayor resiliencia y bienestar subjetivo entre los varones y explican que, generalmente, la menor resiliencia en el sexo femenino se atribuye a la somatización y causas externas que derivan en gran medida de los estereotipos sociales que se crean, bajo los que se asocia a la feminidad una mayor vulnerabilidad.

En la actualidad, son muchas las investigaciones desarrolladas bajo un enfoque salugénico por su capacidad de concentrar, bajo una misma perspectiva, distintas ramas de las ciencias de la salud que antes se configuraban de forma autónoma. De acuerdo con Erikson y Lindström (2006) la integración de campos de análisis —que hasta este momento se consideraban independientes como la psicología, la enfermería y la medicina— favorece desde estas perspectivas, que se combinan en el abordaje de la persona las áreas cognitiva, física y psicosocial, mejorándose a partir de la adopción de este modelo, la práctica clínica.

Para concretar, desde la PP, la salud es analizada de manera integral a través de distintas perspectivas físicas, psicológicas, intelectuales y emocionales que interaccionan entre sí para forjar el concepto global de salud. El estudio de la salud física, psicológica y social de los adolescentes es importante en tanto es una fase relacionada con el desarrollo y la adquisición de destrezas y hábitos en todos los ámbitos y que, posiblemente, permanecerán a lo largo de la vida; pero además, es una edad en la que hay que reconocer que las personas se enfrentan a un mayor peligro de optar por conductas que repercuten negativamente sobre la salud. En este sentido, este enfoque introduce elementos como la resiliencia y las características de la personalidad como base en el abordaje de las estrategias de promoción y prevención de la salud.

Desde la perspectiva salugénica, se reconoce que las variables psicosociales pueden ser el germen del inicio de una patología, o que los síntomas que el paciente experimenta no están directamente relacionados con la entidad biológica de la enfermedad, sino con los mecanismos psicosociales que participan en el proceso.



## 2.5. Diferencias de sexo y desigualdades de género en salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015), el *género* se refiere a las características de las mujeres y los hombres definidas por la sociedad, como las normas, los roles y las relaciones que existen entre ellos. Lo que se espera de uno y otro género varía de una cultura a otra y puede cambiar con el tiempo. Esta perspectiva reconoce, además, las identidades que no encajan en las categorías binarias de sexo masculino y sexo femenino. Las normas, las relaciones y los roles vinculados con el género influyen directamente en los resultados de salud.

En otras definiciones, el género es el mecanismo que articula las relaciones entre los sexos (Butler & Soley-Beltran, 2006). Es la socialización como hombres y mujeres y las posiciones femeninas y masculinas exteriorizadas en la esfera psíquica. Masculinidad y feminidad son construcciones culturales que varían de acuerdo con el momento histórico y según cómo lo interpreten sus portadores y portadoras.

El término sexo hace referencia a características biológicamente determinadas del hombre y la mujer; y el género se refiere a la construcción social del sexo, es decir, a la construcción cultural y simbólica de la feminidad y la masculinidad (Aresti, 2001). En Velasco (2009), sexo se refiere a la esfera biológica; género, a la esfera social y psíquica y; sujeto, a la esfera biopsicosocial; así: *sexo=bio*, *género=psicosocial* y *sujeto=biopsicosocial*

Fernández (2000), ofrece una mirada integradora desde el modelo de la doble realidad del sexo y el género, donde estas dos realidades no se contraponen, ya que el desarrollo del sexo a lo largo del ciclo vital, implica una evolución psicosocial, asimismo, el desarrollo del género debe entenderse teniendo en cuenta variables de tipo biológico. En este sentido, los estudios y las medidas de la masculinidad y la feminidad ya no se basan solamente en la diferenciación/discriminación entre los sexos, sino en la deseabilidad social tipificada sexualmente (Fernández, Rodríguez, Quiroga Estévez, & Olmo, 2007).

Es posible ver en la literatura que el enfoque de género en la salud es reciente y su progresión ha sido lenta, inicialmente se ha tendido a tratar el género como variable equivalente al sexo; como afirma Velasco (2009) han proliferado estudios aparentemente de género, en los que lo único que se hace es desagregar los datos por sexo; pero esto es valorado en tanto ha permitido dar los primeros pasos para visibilizar a mujeres y hombres en sus diferencias.

Asimismo, en la actualidad, el enfoque de género es más complejo que en sus comienzos, cuando solo se pensaba como la *igualdad* entre hombres y mujeres. Ahora, la perspectiva de género nos permite ir más allá y saber que existe una construcción cultural y social distinta para cada sexo «*construcción de género*». Los diferentes modelos, roles e identidades de género, producen actitudes y conductas en hombres y mujeres que pueden constituir factores determinantes en las formas de relación e interacción, formas de percibir el mundo y a sí mismos (Velasco, 2009), ideales sobre cómo llegar a ser hombre o mujer en una sociedad determinada. La suma de los modelos sociales e ideales subjetivos de género intervienen modelando actitudes y formas de vivir que influyen en la forma de actuar de unos y otros.

Estos factores también afectan la salud y la forma de enfermarse de hombres y mujeres; es por esto que en los últimos años, el enfoque de género se ha incorporado al estudio de la salud y la enfermedad. Velasco (2009), hace una categorización de estos factores en cuatro grupos: *a) factores determinantes biológicos*, genéticos y ambientales, los procesos del ciclo vital de los que proceden las necesidades de atención y la morbilidad son diferentes en hombres y mujeres (Valls-Lobet, 2006); *b) factores determinantes sociales*, socioeconómicos, que generan inequidad de género y diferencias innecesarias e injustas por la relación jerarquizada y discriminatoria de lo femenino que termina afectando la salud de las mujeres (OMS, 2008); *c) procesos determinantes psicosociales* de género, entendidos como roles sociales y contenidos de las identidades masculina y femenina y *procesos de riesgo y vulnerabilidad*, que se refieren a los modos de vida que ponen a las personas en situación potencialmente vulnerable y; por último, *d) procesos determinantes subjetivos*, corresponden a las experiencias personales, y lo que para cada persona representan, lo que influye en las diferentes formas de reaccionar y de enfermar, aun estando las personas expuestas a los mismos factores socioeconómicos y a similares procesos psicosociales.

Entendidos estos *factores biopsicosociales determinantes*, las diferencias de sexo y las desigualdades de género, se detectan en todos los niveles porque se trata de un sistema interactivo. Los factores biológicos se manifiestan de forma distinta tanto en la salud como en los riesgos de enfermedad, y se evidencia una desigualdad, porque hay factores sociales, en parte explicados por los roles de género, que establecen diferencias injustas en la salud de hombres y mujeres, diferencias en los comportamientos de estilos de vida, así como diferencias en la

comprensión, evaluación y explicación de los síntomas entre hombres y mujeres (Denton, Prus & Walters, 2004; Kolip, 2008; Sánchez-López, 2003;). Se ha podido constatar que mientras las mujeres enferman más y tienen peor salud, tanto objetiva como percibida (Benlloch, 2004), también tienen mayor esperanza de vida, en promedio entre seis y ocho años más que los hombres (OMS, 2009); por el contrario, los hombres tienen índices más altos de mortalidad y manifiestan un mejor estado de salud en todos los grupos etarios. Desde el Modelo Social de la Masculinidad Tradicional Hegemónica (MMTH) Bonino (2001), plantea que los hombres perciben, procesan, enfrentan y solucionan sus problemas de salud de manera diferente a las mujeres. Los roles de género asignados han llevado a los hombres a ser socializados para ser activos, proveedores económicos, a resistir el dolor, tener el control, a pensar y hacer y a no sentir. Esto podría explicar por qué los hombres reportan más altos niveles de salud y bienestar, que podrían estar encubriendo problemas afectivos y psicológicos que no pueden ser detectados sino a través de estudios más profundos y focalizados.

En relación con las desventajas de las mujeres en cuanto a la salud, es una condición que también se extiende a las adolescentes. Tal como lo demuestran estudios recientes, Barra-Almagia y Avendaño (2008), en una investigación encontraron que las mujeres presentaron mayor ocurrencia de problemas de salud, mayor impacto de los sucesos estresantes y mayor ánimo depresivo; en la misma línea, Vélez et al. (2009), en una muestra de niños y adolescentes en España, confirmaron que las chicas perciben peor la salud general, física y emocional. En otro estudio longitudinal con adolescentes entre (13 y 15 años) de diferentes países, se constató que las chicas tienen una peor percepción de la salud que los chicos y que a mayor edad, ambos sexos perciben peor su salud (Cavallo et al., 2006). De otro lado, se ha encontrado que las mujeres tienden a padecer más depresión; sin embargo, en ausencia de sucesos vitales negativos, las mujeres tienden, en mayor medida que los hombres, a expresar también niveles más intensos de felicidad (Fujita, Diener y Sandvik, 1991).

Gracias a estos estudios y a la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer convocada por Naciones Unidas y celebrada en 1995 en Beijing, que puso la mirada en erradicar las desigualdades entre hombres y mujeres en salud, se proclamó que las mujeres debían ser vistas como personas con funciones múltiples y no solo como madres y reproductoras, y se enfatizó la necesidad de identificar, desde una perspectiva de género, los factores que promovían y

protegían la salud, incluyendo el acceso a servicios de calidad para las mujeres. Igualmente, se planteó que la promoción de la equidad de género y el respeto de los derechos humanos de las mujeres eran elementos básicos de toda estrategia que apuntara a garantizar el acceso de las mujeres a la salud.

Podría decirse que se ha logrado pasar del enfoque estrictamente biomédico, a una nueva óptica que da importancia a lo psíquico y a la subjetividad, la cual se construye a lo largo del desarrollo a través de las sucesivas experiencias significativas de cada persona y cómo las integra particularmente; siendo esa forma particular: el malestar, los síntomas y el enfermar, una posición masculina o femenina. Mujeres y hombres perciben de manera distinta su salud, tienen problemas de salud específicos, y requieren atención y tratamientos específicos.

## **2.6. La perspectiva de género en la investigación en salud: importancia de la integración del sexo y el género**

En los últimos años se ha mostrado un gran interés por la inclusión de la perspectiva de género en la investigación; sin embargo, los estudios en salud de las ciencias sociales están más familiarizados con este tipo de conceptos y líneas de trabajo, que los biomédicos y clínicos (Day et al., 2016; Johnson, Greaves, & Repta, 2009).

La perspectiva de género implica la integración del sexo y el género; pero dichos términos se siguen utilizando indistinta e incorrectamente; por tanto, en la literatura se coincide en la importancia de la consistencia y la claridad en las definiciones de dichos términos (Johnson, et al., 2009; Johnson & Repta, 2013). Es en la exploración del mecanismo causal de diferencias donde se hace importante la claridad entre la diferencia sexo y género, para saber cómo estos funcionan para influir en los resultados y comportamientos de la salud. El sexo y el género son conceptos multidimensionales, en este sentido, en una persona pueden influir diversos factores, como los genéticos, fisiológicos, características físicas, la identidad de género, relaciones de género, entre otras, pero además, todos estos factores propios del sexo y el género interactúan a lo largo del ciclo vital (Holdcroft, 2007). En este sentido, es importante recordar que: el *sexo* es una construcción biológica multidimensional que abarca la anatomía, la fisiología, los genes y las hormonas, que en conjunto afectan la manera en que somos etiquetados y tratados en el mundo. Mientras que el *género* es una construcción social multidimensional que es

culturalmente basada e históricamente específica, y que cambia constantemente. Género se refiere a las dimensiones socialmente prescritas y experimentadas de "feminidad" o "masculinidad" en una sociedad, y se manifiesta en muchos niveles (Doyal, 2000).

Retomando el tema inicial, Nieuwenhoven & Klinge (2010), advierten que la falta de familiaridad y práctica en el tema, genera una escasez de proyectos e investigaciones que consideren la relevancia de estos asuntos, confirmando las conclusiones de la European Commission (2007) que señalan la desestimación del análisis del género y la falta de ideas sobre formas prácticas de integrar esta variable en la investigación.

Son varias las entidades internacionales que han desarrollado políticas que requieren que el sexo y el género se integren en las propuestas de investigación, tales como la OMS, la European Commission, los institutos Canadienses de Investigación en Salud y los institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (Day, et al., 2016). Sin embargo, aunque los datos observados muestran que variables sociales como el género o la situación socioeconómica son fuertes predictores de salud, su impacto es poco investigado. Dichas características permanecen ocultas a los análisis e interpretaciones, con pérdida de información e inclusión de errores en la investigación, desde el diseño hasta la interpretación de resultados y, por tanto, en la práctica clínica. Así, en una revisión de publicaciones de alto impacto entre 2008 y 2013, sobre la frecuencia con que se incluyen las variables sexo y género en estudios controlados aleatoriamente, en su diseño, interpretación y análisis, se encontró que una minoría del 22% de los estudios que incluyeron la diferencia de sexo/género, no discutieron sobre dichas diferencias o descartaron hallazgos significativos (Phillips y Hamberg, 2016).

De la carencia en estudios de este tipo, nace la necesidad del desarrollo de investigaciones sensibles al sexo y al género, ya que se ha justificado que estas variables tienen una importante influencia en todos los ámbitos de la salud y la enfermedad de las personas a lo largo del ciclo vital, en tanto pueden ayudar a explicar desde los mecanismo básicos del desarrollo de la enfermedad, las diferencias en la etiología y diagnóstico o pronóstico, facilitar el desarrollo de tratamientos; hasta las divergencias en la utilización de los servicios de salud. De otro lado, las diferencias en las percepciones y las prácticas de la salud de mujeres y hombres pueden mostrar diferencias en los resultados de las evaluación de la salud (Sánchez-López, 2016; Nieuwenhoven & Klinge, 2010). Como dice Cardenal, 2003: «Si conocemos mejor los dos sexos, habrá más

posibilidades de poner remedio psicológico a puntos débiles y de potenciar aquellos logros y cualidades tanto masculinas como femeninas» (p. 33).

El impacto potencial de los efectos del género sobre la salud es altamente significativo para los comportamientos, las relaciones de poder y los ambientes, y pueden ser diferentes en hombres y mujeres. Un ejemplo claro de ello se puede ver reflejado en el ámbito de la salud ocupacional, donde la segregación por sexos puede producir diferentes tasas de riesgo ocupacional y la percepción de dichos riesgos varía en hombres y mujeres (Messing, & Mager Stellman, 2006).

Por último, la integración del sexo y el género en la investigación es considerada como un criterio de calidad científica (European Commision 2007); por tanto, se necesitan iniciativas para asegurar una investigación innovadora y de alta calidad para que las políticas de salud basadas en resultados sean mejores, más justas y efectivas (Nieuwenhoven & Klinge, 2010).

En el presente estudio, el análisis del sexo y el género, es valorado en tanto las diferencias en este tema ya han sido documentadas en la literatura y se pretende continuar investigando en esta misma línea de la salud y, de otro lado, interesa indagar el tema de las actitudes de género en adolescentes, cuyos resultados podrían dar pistas sobre las motivaciones responsables de dichas actitudes. En este sentido, de acuerdo con Nieuwenhoven & Klinge (2010) el abordaje del sexo y el género es especialmente relevante en estudios en los que el fenómeno a investigar involucra ambos sexos y, en estos casos, las diferencias pueden dar pistas de los mecanismos de acción responsables, principalmente cuando son fenómenos más frecuentes en uno de los sexos. Sin embargo, es importante advertir que un estudio sensible al sexo y al género, no garantiza resultados sensibles a estas dos variables (Sánchez-López, 2016; Nieuwenhoven & Klinge, 2010).

Para responder a la necesidad de hacer un análisis con perspectiva de género, en esta tesis doctoral, se utilizará el término sexo para hacer referencia a la desagregación de la población entre chicos y chicas para establecer diferencias de acuerdo con las variables analizadas y, se hablará de género, a la hora de interpretar los resultados ya que esas diferencias encontradas tendrán explicaciones relacionadas con factores biopsicosociales de la población adolescente.

### 2.6.1. La perspectiva de género en la investigación en Colombia

En lo referente a la investigación con perspectiva de género en Colombia, un meta-análisis sobre estudios en esta línea en el ámbito nacional, constató que en los últimos años los trabajos sobre perspectiva de género se han incrementado y han contribuido significativamente a la comprensión del tema desde la academia (Garaigordobil y Donato, 2011). Una gran parte de los trabajos han tratado asuntos como mujer y educación; desarrollo sostenible y planeación con perspectiva de género; género, condiciones de vida y demografía, relaciones de género, feminidad y masculinidad (Estrada, 1997); género y conflicto armado (Meertens, 2010), género y trabajo (Arango, 2010), violencia de género y salud de las mujeres (Canaval, González, Humphreys, De León, González, 2010; Jaramillo, Giraldo y Uribe, 2010).

En sus conclusiones, las autoras destacan que pese al valor de las investigaciones, hay pocos estudios a nivel nacional y carencia de estudios comparativos entre regiones y países. Una buena parte de los estudios recurren a fuentes primarias y utilizan métodos cualitativos, enfoques tipo biográfico que recogen historias y experiencias de vida a través de entrevistas, análisis del discurso y análisis documental. Por su parte, León (2007) plantea algunos logros y dificultades en los estudios de género en América Latina y señala que en las investigaciones se evidencia la preocupación por crear un conocimiento que permita leer la realidad de las mujeres y las dinámicas sociales en las que están inmersas bajo un enfoque de género. Sin embargo, también hay problemas que afectan los estudios de mujer y género, tales como: la dificultad para volver transversales las reflexiones feministas en los campos disciplinares y para la producción de un conocimiento real; la importante brecha que hay entre las necesidades y demandas de las mujeres y los tiempos y las dinámicas del mundo académico; o las consecuencias de la actividad tecnocrática respecto al género que obstaculizan el desarrollo de un pensamiento crítico.

Recientemente, en relación con los estudios de sexo y género desde la psicología en Colombia, Cortés-Ramírez (2011) asevera que sólo a partir de la inclusión de la perspectiva de género y de los recientes trabajos sobre el *sistema sexo/género*, se ha empezado a percibir de una manera no naturalizada, ni patologizante, la sexualidad y la construcción social que se da a partir de las diferencias biológicas.

Estos hallazgos parecen confirmar que la inclusión de la perspectiva de género en la investigación en Colombia es un proceso en construcción. Asimismo, se puede decir que los

estudios se han centrado principalmente en población adulta, por tanto, la investigación con adolescentes es casi inexistente y los escasos trabajos son de tipo cualitativo.

Por otra parte, pese a los esfuerzos, se ha constatado que la equidad de género en Colombia sigue siendo un tema pendiente en las agendas de gobierno, es una realidad que las políticas de mujer y género no han logrado consolidarse como políticas de Estado, que los intereses y necesidades de las mujeres y de los hombres siguen desconociéndose en la planeación del desarrollo y que la calidad de vida de las mujeres continúa siendo más precaria que la de los hombres (Londoño, 2006). En un informe del Foro Económico Mundial sobre Brecha de Género (*Global Gender Gap Reports*), que cuantifica la magnitud de las inequidades basadas en género y su progreso a lo largo del tiempo, se reportó en una lista de 134 países, que Colombia en el 2006 estuvo en el lugar 22, y en la más reciente medición realizada en el 2016, ocupó el puesto 39 entre 144 países (World Economic Forum 2006, 2016). Esto significa que el país ha mostrado un retroceso o poco desarrollo en materia de equidad de género en los últimos años.

## **2.7. La condición de las mujeres en Colombia**

A partir de la Constitución Política de 1991, en Colombia se concedieron los mismos derechos a hombres y mujeres, produciendo un cambio en cuanto al desarrollo de políticas que promueven la equidad de género. Estos cambios se ven reflejados principalmente en el aumento de la participación de las mujeres en la estructura productiva, alcanzando en el 2004, un 49% en el mercado laboral; sin embargo, esta participación sigue siendo menor en las mujeres (Arenas, 2006). De otro lado, las mejores condiciones y oportunidades en el ámbito educativo y el control de natalidad, son factores que han contribuido a la construcción de relaciones más democráticas entre hombres y mujeres. No obstante, estas transformaciones que han modificado las representaciones acerca de las relaciones de género y que cuestionan los discursos sobre masculinidad no son suficientes, ya que, como se mencionaba antes, las mujeres han ingresado al mundo laboral, pero no se ha dado una redistribución social del trabajo, situación que ha generado una sobrecarga de responsabilidades en los ámbitos familiar y laboral; por su parte, en los hombres no se ha dado una modificación de sus roles, generando así una desigualdad.



Hay que mencionar también, que en Colombia la violencia contra las mujeres es un fenómeno naturalizado y difícil de reconocer social, jurídica y socialmente; por tanto, en estos tres ámbitos, la mujer colombiana se encuentra en una situación desfavorable. Si bien, el tema de la violencia de género no es tratado en esta tesis doctoral, es importante contextualizar para tener una idea más clara sobre cuál es el lugar que ocupa actualmente la mujer en Colombia y cómo las condiciones socioculturales afectan su bienestar y la percepción de su vida en general.

La violencia de género en Colombia tiene unas características peculiares, propias y complejas como producto de su historia y desarrollo como país. Estas condiciones sociológicas e históricas ponen a la mujer colombiana en una posición vulnerable y frente a situaciones en su cotidianidad, en la que se afecta su salud y se pone en riesgo constante su vida. En este país, la violencia hacia la mujer es ejercida en asesinatos, abortos forzados, violencia física, psicológica, intrafamiliar, abusos sexuales, entre otros. Pero lo que hace especial, además el tema de la desigualdad e inequidad y violencia de género en Colombia, es que está ligado al conflicto armado que ha generado una violencia sistemática en la vida cotidiana de la población civil y, especialmente, en las mujeres, acrecentando su débil posición social; además la fuerte idiosincrasia machista existente va en aumento cuando se relaciona con dicho conflicto armado.

En la encuesta Gallup (2012-2013), publicada por NPR News y realizada en 22 países latinoamericanos, a la pregunta de si las mujeres en sus respectivos países eran tratadas con dignidad y respeto, Colombia y Perú fueron los países donde la percepción de cómo se trata a las mujeres es la peor de Suramérica. Solo 20% de los encuestados dijeron que las mujeres eran respetadas y un 76% de los colombianos y colombianas consultados, consideran que la mujer es responsable de la violencia intrafamiliar (Díaz Chalarca, 2013). Un dato para destacar, es que los hombres en Latinoamérica expresaban en mayor proporción que las mujeres eran tratadas con respeto y dignidad en sus países. Según esto, los hombres no están suficientemente sensibilizados acerca de la experiencia de las mujeres y tienen una diferente interpretación de lo que significa el respeto.

Las cifras sobre violencia de género hablan de la situación de la mujer en la sociedad colombiana. De acuerdo con datos de la Fiscalía General de la Nación, en Colombia, desde 2013 hasta el presente año se registraron 345 procesos por asesinatos a mujeres por condición de género (feminicidio), de los cuales solo se dictaron 53 condenas, es decir, ni siquiera en una

sexta parte de los casos se realizó un fallo condenatorio. Con lo cual el problema no solo radica en la falta de protección, sino en la impunidad después de que se da la mayor consecuencia de la violencia de género, el feminicidio. De acuerdo con el Observatorio de Igualdad de género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (sobre la base de datos oficiales), en 2014 hubo 145 homicidios de mujeres de 15 años y más, asesinadas por razones de género. En el 2015, según informó ONU Mujeres, cada 2 días y medio una mujer es asesinada por su pareja o expareja. En el 2016 se presentaron 122 casos de homicidios por sus parejas o exparejas, y se registraron 49.712 reportes por violencia intrafamiliar. El Instituto Nacional de Medicina Legal informa que durante lo que va del 2017 han sido asesinadas 204 mujeres, 24 de ellas a mano de sus parejas o exparejas.

Este panorama es coherente con los registros del Instituto Nacional de Medicina Legal sobre la violencia de pareja que indican que en promedio al día en Colombia se presentan 117 casos de violencia.

Con estos datos se evidencia como a pesar de que en Colombia han aprobado leyes que legislan los casos de violencia de género, queda un largo camino por recorrer en la práctica. En síntesis de acuerdo con Moreno (2014):

[...] pese a los más que notorios progresos logrados en estos años, también se ha podido comprobar que todavía son muchos los inconvenientes que en la práctica siguen limitando e incluso imposibilitando el ejercicio de los derechos y libertades de las mujeres en los diversos órdenes, evidenciando lo arraigado del machismo en la sociedad colombiana, entre cuyas expresiones más destacadas habría que mencionar: los elevados niveles de violencia ejercida contra las mujeres en sus diversas variantes; las dificultades que aún deben afrontar para ejercer su derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad y a los demás que le son inherentes; o los grandes obstáculos que todavía deben sortear, especialmente en materia de empleo y desarrollo profesional, para ejercer sus derechos y libertades en igualdad de condiciones que los hombres [...] (p. 153).

Estos datos permiten pensar que la condición de maltrato y violencia a la que están sometidas las mujeres en Colombia y también están expuestos niños y adolescentes en la convivencia, pueden llevar a estos a la construcción de concepciones erróneas sobre las formas de relacionarse y a perpetuar y reforzar los estereotipos y los roles de género, en detrimento de la salud y la calidad de vida la mujer.

De acuerdo con lo planteado, como ya se ha señalado a lo largo de esta tesis doctoral, actualmente, el estudio del género se hace indispensable en las investigaciones inscritas en el área de la salud de hombres y mujeres (Sánchez-López y Limiñana-Gras, 2017). Ante la carencia de trabajos que incluyan la perspectiva de género, se hace necesario avanzar en esta línea y, en este caso, en el área de la salud de los adolescentes, utilizando esta herramienta para conocer y analizar la forma en que éstos están percibiendo su salud, planificando su futuro y construyendo social y culturalmente su postura frente al género.

## **2.7. Resumen**

En este capítulo se han revisado las investigaciones dirigidas a conocer la percepción subjetiva del estado de salud durante la adolescencia, identificando los factores clave que ejercen influencia en este ámbito. El modelo de socialización predispone a la persona hacia el desarrollo de ciertas conductas y el rechazo de otras; conjuntamente, a nivel físico, durante la adolescencia chicos y chicas viven cambios diferenciados, ambos aspectos, conductuales y físicos, intervienen en las emociones que se sienten durante esta etapa, que les conducen a vivir de forma distinta este período.

De esta forma, se observa cómo en la persona no es posible aislar las variables físicas de las psicosociales, razón que justifica no solo los resultados de las investigaciones expuestas, en las que se muestran puntuaciones diferenciadas en la evaluación de la salud que chicos y chicas realizan, sino que, además, pone de manifiesto la necesidad de abordar a la persona desde un enfoque salugénico que permita integrar los variados aspectos positivos y negativos del desarrollo y desde los conocimientos y prácticas de las diferentes profesiones sanitarias conseguir una mayor eficacia en la prevención, promoción e intervención de la salud de los adolescentes.

De otro lado, se ha determinado que sexo y género son realidades diferentes que se complementan y constituyen el sujeto biopsicosocial, tanto una como otra, son determinantes en la manera cómo cada persona percibe su salud y los riesgos de enfermar, en los comportamientos de estilos de vida, en la comprensión, evaluación y explicación de los síntomas entre hombres y mujeres. La perspectiva de género como producto de la integración del sexo y el género es esencial en la investigación actual, y es considerada como un criterio de calidad científica.

Se confirma que las mujeres presentan mayor ocurrencia de problemas de salud y perciben peor su salud general, física y emocional comparadas con los hombres.

Una de las conclusiones más frecuentes a las que llegan este tipo de estudios es que es necesario conocer las diferencias entre hombres y mujeres para generar procesos equitativos y construir derechos que promuevan la igualdad.

Los estudios que describen la situación de salud de los adolescentes desde su propia perspectiva, son escasos en Colombia (Higueta-Gutiérrez et al., 2015), asimismo, los estudios que avalúan relaciones de género son escasos (Garaigordobil y Donato, 2011); lo que promueve el interés por seguir indagando en esta línea de investigación.

En el contexto colombiano se evidencia una situación claramente desfavorable en cuanto a derechos en todos los ámbitos y debido a la naturalización del maltrato y la violencia de género, las mismas mujeres no son conscientes de su condición de inequidad frente a los hombres que afecta su bienestar y salud en general.

Estos aspectos serán tratados en la presente tesis doctoral, en cuanto a la salud se pretende realizar un análisis diferencial según sexo y analizar la percepción que tienen actualmente los adolescentes sobre su estado de salud y su relación con otras variables derivadas del paradigma de la psicología positiva y sus actitudes de género, intentando trascender en el análisis con una perspectiva de género.

## *Capítulo 3. Bienestar y salud desde un enfoque positivo*

---



*El bienestar psicológico, como parecen apuntar los hallazgos, no es simplemente la vida feliz «per se» sino los procesos del «vivir» con sus mezclas de sabores dulces y amargos; una vida que, no evita el dolor, sino que todo lo contrario, lo enfrenta y le da un significado constructivo para transformar lo doloroso y conflictivo de la vida en algo hermoso y digno de vivirse.*

Cuadra y Florenzano, 2003

### 3.1. Introducción

En este capítulo se analiza el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como componente cognitivo del bienestar subjetivo, asentando las vinculaciones que se dan entre estos constructos y la salud desde un enfoque basado en la PP, bajo el que se ha reconocido la influencia que el bienestar psicológico puede ejercer en la forma en que las personas afrontan los desafíos de la vida y, por consiguiente, la influencia de este sobre la salud, habiéndose llegado a reconocer que el bienestar psicológico es un indicador de la salud de la persona (Vielma & Alonso, 2010).

El bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva y estaría compuesto por dos facetas básicas, una centrada en los aspectos afectivos-emocionales y otra centrada en los aspectos cognitivos-valorativos; ambas relacionadas con la dimensión subjetiva (Cuadra y Florenzano, 2003; Díaz-Morales & Martínez, 2004; Díaz Morales & Sánchez-López, 2002).

En torno al estudio del bienestar ha habido una eterna discusión respecto a su definición operativa y se pueden diferenciar dos corrientes, la primera de ellas vinculada a la tradición hedónica referida al «Bienestar Subjetivo», cuyos componentes son la satisfacción vital y la afectividad en el momento presente; y la segunda; vinculada a la tradición eudaimónica referida al «Bienestar Psicológico», cuyos componentes estarían relacionados con la búsqueda del crecimiento personal, el desarrollo del potencial humano y el sentido de la vida en el presente y en el futuro. A partir de estas corrientes han surgido definiciones, teorías y modelos de investigación en los que se enfatiza, se obvian o se añaden componentes, pero es preciso señalar

que prevalece la idea de que el bienestar se trata de un estado psicológico asociado al funcionamiento positivo y al disfrute de la salud integral.

A lo largo de este capítulo se mencionan las diferencias entre algunos autores sobre la conceptualización del bienestar y se presentan los principales modelos teóricos, dedicando especial interés al *Modelo multidimensional del bienestar psicológico* propuesto por Ryff (1989), y seguido por Casullo (2000) como sustento teórico en la construcción de una escala para la evaluación del bienestar psicológico.

Asimismo, se referencian algunas investigaciones que relacionan el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida con características sociodemográficas y con otros procesos que subyacen al bienestar.

Se encuentran en la revisión bibliográfica ciertos consensos respecto al polemizado concepto de bienestar que está determinado por la confluencia de elementos de carácter subjetivo y experiencial que se relacionan al mismo tiempo con factores físicos y psicosociales; los elementos emocionales y cognitivos se entrelazan, influidos por las variables de personalidad y el entorno sociocultural en el que la persona desarrolla su vida.

El auge de investigaciones relacionadas con el bienestar evidencia un cambio importante en el mundo científico donde se había dado, durante mucho tiempo, mayor valor a la salud objetivada desde la evaluación clínica médica. La importancia de la visión subjetiva, a la hora de valorar la vida, radica en que se incluyen tantos los aspectos positivos como los negativos a partir de la apreciación de la propia persona. Gracias a la aparición de la PP, el foco de atención se comenzó a situar más en las fortalezas y en las dimensiones positivas del desarrollo psicosocial que, al potenciarlas, favorecen el bienestar físico y psicológico.

Sin embargo, la mayoría de estudios sobre la percepción subjetiva se ha realizado en población adulta, y en la adolescencia ha sido apenas estudiada (Casas et al., 2013; Rodríguez-Fernández et al., 2016; Tian, Wang y Huebneret, 2015), lo que justifica el interés por ahondar y contribuir en su estudio desde el campo de la psicología.



### 3.2. El concepto de bienestar

El abordaje del bienestar desde una perspectiva científica es relativamente reciente, de acuerdo con Coppari et al. (2012) que sitúan los inicios del estudio de esta área a finales del siglo XX; Rodríguez, Goñi y Ruiz de Azúa (2006) exponen que aunque ya durante los años 60 se comenzó a investigar el bienestar psicológico, no fue hasta los años 80 cuando el objeto adquiere un verdadero interés y se comienza a profundizar sobre el valor que las personas otorgan a sus experiencias y; desde la década de los 90 cuando el estudio se circunscribe sobre los elementos que lo componen, abordándose desde la PP esta exploración (Muñoz, 2015). No obstante, la búsqueda de la felicidad ha sido objeto de estudio desde la antigüedad y se encuentran los antecedentes en la filosofía aristotélica (Ryan y Deci, 2001). Para Muñoz (2015), en el presente, la forma de afrontar esta cuestión ha cambiado, abandonándose el análisis desde la filosofía dando paso a otras disciplinas científicas, como la economía, bajo la que se ha acometido el estudio de aquellas variables de índole cuantitativa que conforman el bienestar y la psicología.

Indagando en la historia de la psicología el interés por el bienestar parte, como ya se ha mencionado, de conceptos procedentes de la filosofía clásica que, unidos a los pensamientos derivados de la tradición espiritual, dan soporte a la disertación en torno a la felicidad. En el desarrollo del concepto se pueden diferenciar dos corrientes, de acuerdo con Ryan y Deci (2001), la primera, vinculada a la tradición *hedónica* que hace referencia al «Bienestar Subjetivo» (Diener, 1984; Cuadra y Florenzano, 2003; D'anello, 2006) y; la segunda, vinculada a la tradición *eudamónica* que se refiere al «Bienestar Psicológico» (Casullo, 2002; Salotti, 2006).

Esta diferenciación en las corrientes *hedónica* y *eudaimónica* ha suscitado grandes controversias en el campo de la psicología desde los inicios del interés por estos temas. Por un lado, desde los primeros planteamientos de Wilson Walner en 1967, quien supuso que la satisfacción de las necesidades básicas producía bienestar, mientras que su fracaso era causa de infelicidad y afirmó que el grado de éxito en el logro de las necesidades dependía del nivel de aspiración de la persona. Por otro lado, el uso científico del término *bienestar psicológico*, acuñado por Bradburn en 1969 condujo a la evaluación global del constructo (Coppari et al., 2012). Estos planteamientos han dado lugar a múltiples abordajes del bienestar en la investigación.

La dificultad respecto a una universalidad del concepto se debe que se ha generalizado el uso del término equiparándolo a otros conceptos como «calidad de vida», «felicidad», «funcionamiento positivo» «auto-concepto», «locus de control interno», «salud mental», «resiliencia» y «motivación», siendo términos diferentes en su significado (Ballesteros, Medina y Caicedo, 2006) lo que pone en duda la rigurosidad científica. Es así como el uso y la definición de ambos conceptos, «bienestar subjetivo» y «bienestar psicológico» representa grandes divergencias entre los investigadores; bien sea por sus diferencias en cuanto a los componentes o, a la propia naturaleza del bienestar. García-Viniegras y López (2000), consideran que hablar de bienestar subjetivo es redundante, ya que el bienestar, en sí mismo, implica una obvia experiencia personal. Por su lado, Vielma y Alonso (2010) optan por hacer referencia al bienestar psicológico haciendo énfasis en su condición de ser una «experiencia subjetiva positiva auto-percebida», para establecer diferencias respecto a otros conceptos como el bienestar existencial, laboral, social, etc. Vázquez (2009), distingue ambas perspectivas en función del foco de interés: bajo la tradición hedónica se persigue conocer de forma global la satisfacción de la persona, mientras que para la tradición eudaimónica es central conocer cómo vive la persona su vida y con base en qué elementos se determina su satisfacción. En Sánchez-Cánovas (2007) el bienestar psicológico se conforma por cuatro dimensiones: el bienestar subjetivo, el bienestar material, el bienestar laboral y la satisfacción respecto a las relaciones de pareja; el bienestar subjetivo se identificaría con las emociones y afectos vinculados a la felicidad. Para algunos autores el bienestar psicológico es una vivencia personal (García-Viniegras y López, 2000), mientras que para otros el bienestar subjetivo es entendido como «estar bien» es el resultado de las conclusiones cognoscitivas y afectivas que las personas elaboran respecto a su grado de satisfacción con la vida según lo que piensan y sienten al evaluar globalmente su existencia (Cuadra y Florenzano, 2003).

En las definiciones aportadas por los investigadores del término bienestar, se observa la influencia del tipo de instrumento empleado en el diseño de la investigación (Benatuil, 2003; Coppari et al., 2012). Como recogen en su análisis, la metodología desarrollada interviene no solo en aspectos necesarios como la discusión, sino también en la conceptualización que se deriva de esta.

El bienestar psicológico está determinado, por tanto, por la confluencia de elementos de carácter subjetivo y experiencial que se relacionan al mismo tiempo con factores físicos y psicosociales; por consiguiente, está formado por componentes estables vinculados a la esfera cognitiva de la persona y mutables que van cambiando en función de las emociones que acompañan a la experiencia. Los elementos emocionales y cognitivos se entrelazan, influidos, al mismo tiempo, por las variables de personalidad y el entorno sociocultural en el que la persona se desenvuelve.

Cada persona establecerá para sí mismo una jerarquía entre lo que considera principal y superfluo, creando su propia definición de bienestar psicológico que se mantendrá de forma estable a lo largo de su trayectoria vital. El equilibrio que se alcanza mediante la interacción de los factores que influyen en la vida de la persona formará el bienestar psicológico, que constituye una dimensión subjetiva. El bienestar psicológico se proyecta hacia el exterior identificado con otro constructo, la calidad de vida (García-Viniegras, 2005).

### **3.3. Bienestar y salud**

Desde hace ya cuatro décadas, se vislumbraba la importancia de la salud en el bienestar de las personas (Campbell, Converse y Rodgers, 1976). Posteriormente, otros autores han encontrado que cuando se analiza la importancia que se otorga a diferentes áreas de la vida, la salud ocupa los primeros lugares y que el impacto de la salud sobre el bienestar depende de cómo la persona perciba su situación y de qué modo se compara con los demás (Castro Solano & Díaz-Morales, 2002; Díaz-Morales & Sánchez-López, 2002). También se ha constado que la enfermedad puede influir negativamente sobre el bienestar y puede interferir con el logro de metas (Diener, et al., 1999).

Actualmente, se considera que el bienestar es un campo cuyo análisis corresponde a todas las disciplinas relacionadas con las ciencias de la salud. En un primer momento, la investigación se circunscribió sobre la influencia de los factores externos sobre la satisfacción general de la persona, correlacionando variables como el nivel de ingresos, la salud de la persona o la edad (García, 2002; Cuadra y Florenzano, 2003), evolucionando posteriormente hacia el conocimiento de los factores internos. En este sentido, se ha expuesto que no está cerrado el contenido teórico del bienestar habiéndose estudiado desde las relaciones que se establecen entre este y las

interacciones sociales, el autoconcepto, la salud mental o las variables de personalidad (Parsons, 1996).

En teorizaciones recientes, afirma Ryff (2013) que en la investigación sobre el bienestar, desde la psicología se ha perseguido hallar la influencia de este sobre la salud, partiendo de la influencia que el bienestar psicológico puede ejercer sobre la forma en que las personas afrontan los desafíos de la vida. De acuerdo con esta misma autora, las áreas de investigación más prolíficas en torno al bienestar versan sobre el desarrollo y el envejecimiento; el bienestar relacionado con la personalidad, la familia, la vida laboral y la investigación biológica.

En el contexto de la adolescencia, es bien sabido que los adolescentes, como otros grupos etarios, presentan conductas de riesgo que afectan su salud física y mental (García del Castillo, Dias y Díaz-Pérez, 2012; Ruiz-Juan y Ruiz-Risueño, 2011) y en este sentido, se fundamentan las teorías del desarrollo positivo tratando de hallar estrategias de intervención y acciones de prevención para reducir la prevalencia de conductas negativas y de algunas patologías que pueden influir en la calidad de vida de los adolescentes. En este sentido, cobra importancia la concepción del bienestar psicológico como indicador de la salud psíquica de la persona (Vielma y Alonso, 2010).

### **3.3.1. Investigaciones recientes sobre bienestar y salud**

Diener expresa que la felicidad tiene beneficios más allá de "sentirse bien". En publicaciones recientes Diener & Chan (2011) realizaron una exhaustiva revisión de meta-análisis, estudios longitudinales y experimentos, encontrando evidencias contundentes de la relación causal entre salud y longevidad, concluyendo que a mayor bienestar subjetivo mejor salud y más longevidad. Explican que los procesos fisiológicos subyacentes de la salud y la enfermedad, la práctica de buenas conductas y las relaciones sociales son las principales vías a través de las cuales el bienestar subjetivo influye en la salud y la longevidad. En otros estudios, también se comprobó la relación entre bienestar subjetivo y variables externas; a mayor bienestar subjetivo, mayores ingresos, mejor desempeño en el trabajo y más productividad; el bienestar subjetivo produce mayor autocontrol, conductas más sociales y relaciones sociales de mayor calidad (DeNeve, Diener, Tay y Xuereb, 2013).

En sus investigaciones, Figueroa et al. (2005), han expuesto desde un enfoque salugénico, la necesidad de que los adolescentes conozcan las estrategias de afrontamiento positivas para reducir el impacto del estrés derivado de las contrariedades a las que se enfrentan; estas estrategias promueven el bienestar y contrarrestan el desarrollo de conductas que perjudican la salud, como el consumo de drogas o la adquisición del hábito tabáquico, reconociendo que los programas de prevención que familiaricen a los adolescentes con fórmulas para afrontar el estrés, podrían aportar grandes beneficios sobre su bienestar y sobre su salud, influyendo positivamente en la persona a nivel global.

Asimismo, Gómez-Bustamante y Cogollo (2010) señalan la asociación positiva entre el bienestar y la autoestima durante la adolescencia, indicando que la autoestima es un componente predictor del bienestar de la persona en tanto se asocia a una mayor capacidad para afrontar los desafíos y solventar los retos cotidianos. En Nurmi y Pulliainen (1991) se concluyó que los adolescentes con mayor autoestima alcanzaban mayor bienestar en el futuro.

Estévez, Musitu y Herrero (2005) coinciden al demostrar el efecto protector de la comunicación familiar sobre los problemas de salud; para estos autores, cuando desde el entorno familiar se asiste a una dinámica comunicativa fluida esta circunstancia influye positivamente sobre el bienestar psicológico y que aporta beneficios en ámbitos tan variados como el éxito académico o la reducción del estrés. De acuerdo con Reina, Oliva y Parra (2010), las actitudes de los padres pueden contribuir a generar un clima bajo el que se promueve el bienestar a través del refuerzo de la autoestima del adolescente.

En esta misma línea Hoyt et al. (2012) demuestran que el bienestar positivo durante la adolescencia predispone al sujeto hacia una mejor percepción global de la salud que determina la adopción de comportamientos más saludables y el rechazo de los comportamientos de riesgo durante la edad adulta; para estos autores, la correlación entre bienestar psicológico y salud implica que las acciones de promoción de la salud inicien durante la adolescencia para incidir sobre el desarrollo integral de la persona.

Es importante precisar que aunque un alto nivel de bienestar subjetivo tiende a ayudar a las personas a funcionar mejor, no es algo mágico. Las personas con alto bienestar también enferman y sufren pérdidas; y no todas las personas felices son trabajadores productivos; es decir, un nivel deseable de bienestar implicaría un sentimiento moderadamente positivo la mayor

parte del tiempo, con ocasionales emociones negativas en determinadas situaciones (DeNeve et al., 2013).

Asimismo, se ha encontrado que variables positivas como temperamento extrovertido, locus de control interno, activa capacidad de afrontamiento, autoconcepto positivo y perspectivas de futuro, o tendencia a participar en actividades significativas de contenido prosocial, se asocian positivamente en los adolescentes con altos niveles de satisfacción con la vida (Gutiérrez y Romero, 2014). En cuanto al papel del bienestar subjetivo, como predictor de otras variables, se ha informado que la mayoría de las dimensiones de este constructo (como el logro de objetivos personales, la confianza en afrontar dificultades y la experiencia de emociones positivas) tienen un impacto positivo en el desarrollo de la resiliencia (Pan & Chan, 2007; Philippe, Lecours, & Beaulieu-Pelletier, 2009). Recientemente, en Omar (2014), en un estudio sobre variables explicativas de la resiliencia en jóvenes y adolescentes con una muestra de 1478 estudiantes latinoamericanos, se probó un modelo explicativo de resiliencia en el contexto de la PP, donde el bienestar subjetivo y el optimismo emergieron como los predictores más fuertes de resiliencia.

Estos estudios son evidencia empírica y teórica de que el bienestar se relaciona directamente con otras variables dentro del enfoque de la PP.

### **3.4. Modelos explicativos del bienestar subjetivo**

El creciente interés por el bienestar ha llevado a que las aproximaciones que se han realizado no partan de una única tesis argumental, sino que ha dado lugar a varias teorías y diversas ópticas de análisis, sin ser ninguna de ellas concluyentes o rechazadas definitivamente.

Los modelos explicativos se han desarrollado a partir de los postulados iniciales de Wilson (1967), que sugiere que la satisfacción de las necesidades causa la felicidad; mientras que la insatisfacción genera infelicidad y que el grado de satisfacción está determinado por el nivel de adaptación o de las aspiraciones (García, 2002).

Estas premisas se corresponden con las teorías «Abajo-arriba» (*Bottom-up*) y «Arriba-abajo» (*Top-down*) que se describen brevemente en los siguientes apartados.

### 3.4.1. Teorías bottom-up y top-down

Los modelos de «Abajo-arriba» (*Bottom-up*), se orientan a identificar las necesidades y variables externas que afectan a la persona; sin embargo, algunos autores también afirman que características subjetivas, como la edad y el sexo, tienen efectos directos en el bienestar subjetivo (Kozman y Stone, 1997).

Dentro de este modelo se encuentran las teorías finalistas que sostienen que el bienestar se consigue mediante la satisfacción de necesidades y establecen una diferencia entre las *necesidades* que la persona se propone satisfacer y las *metas* que pretende alcanzar (Diener, 1984). En la *perspectiva de las necesidades* se encuentran los trabajos de Maslow (1972) y McClelland (1985), que considera el «estado final» como el reflejo de una limitada serie de necesidades básicas comunes y; la *perspectiva de las metas*, sostiene que «el estado final» está conformado por un cúmulo de metas elegidas por la propia persona. Sheldon y Elliot (1999), en su *Modelo de Autoconcordancia*, explican que es la persona quien se orienta intencionalmente hacia una meta determinada y es el logro de dichas metas lo que proporciona la experiencia de bienestar; no se trata de necesidades universales.

Este planteamiento que implica decisión y orientación, en el que se comprometen recursos de la persona, da paso al modelo «Arriba-abajo» (*Top-down*), que se centra en los factores internos y en cómo la persona percibe subjetivamente sus acontecimientos vitales y su bienestar (García, 2002). Así, las personas pueden reaccionar y vivenciar las situaciones de la vida cotidiana de un modo positivo o negativo, pero la interpretación que hagan depende de otros factores como los rasgos de personalidad; este supuesto justificaría que las personas felices lo son porque les gusta sentirse así y no porque están satisfechas siempre (Vielma y Alonso, 2010). La asociación del bienestar subjetivo a las características personales, otorga una estabilidad a lo largo del tiempo (Costa & McCrae, 1998), al contrario, el bienestar subjetivo no muestra asociaciones significativas con los acontecimientos de la vida (Magnus, Diener, Fujita & Pavot, 1993).

Una de las teorías más representativas dentro de este modelo (*Top-down*), es la *Teoría de las Discrepancias Múltiples* (TDM) de Michalos (1985), que sostiene que la discrepancia entre las aspiraciones de una persona y los logros en el presente se vinculan directamente con el bienestar subjetivo;. Según este autor, factores externos como la edad, el sexo, el nivel educativo afectan

las discrepancias percibidas y, por consiguiente, al bienestar subjetivo experimentado (García, 2002).

Algunos autores han apostado por un modelo integrador de *top-down* y *bottom-up* que sugiere una relación bidireccional y frente a esta propuesta Fox & Kahneman (1992) proponen una *perspectiva constructivista* de la satisfacción, entendiéndola como una representación cognitiva resultado de cómo la persona interpreta la satisfacción en diferentes dominios de su vida. Cuando una persona valora su satisfacción con la vida o con diferentes dominios construye su juicio basándose en procesos conscientes, más que en la recopilación de experiencias pasadas. Así, la interacción entre distintas áreas de la vida se daría en el mismo proceso cognitivo. En una definición global, ambos procesos *top-down* (valoración desde aspectos específicos y concretos) y *bottom-up* (valoración desde aspectos más globales) se refieren a cómo las personas construyen sus juicios sobre la satisfacción con la vida.

### **3.4.2. Modelo de acercamiento a la meta**

Según este modelo, tener metas motivadoras y hacer progresos en su consecución, son indicadores confiables de bienestar subjetivo (Emmons, 1986). Las personas poseen deseos interiorizados que les orientan a lo largo de la vida; estas metas están ordenadas en función de su importancia y cada una de estas les otorgará un nivel de satisfacción que se corresponde con el valor que la persona concede a tal meta (Oishi, 2000). Para Diener et al. (1999), las personas escogen las metas en función de los recursos de los que disponen para alcanzarlos y en la medida en que esta asociación es coherente se podrá predecir el bienestar. En este sentido, las personas pueden lograr a menudo su bienestar planteando sus metas en concordancia con los recursos que ellas poseen. Actualmente, Diener, Tay y Oishi (2013) sostienen que existen enormes diferencias de bienestar subjetivo entre las naciones del mundo.

Teorías más actuales sostienen que el proceso dirigido a la obtención de una meta puede ser más importante para el bienestar subjetivo que el propio objetivo o estado final alcanzado, ya que las personas una vez han alcanzado los logros propuestos, buscan una nueva motivación hacia nuevas metas (García, 2002). En los siguientes apartados se describen teorías en esta línea.



### **3.4.3. Teoría de la Autodeterminación (*SDT, Self-Determination Theory*), de Ryan y Deci**

Esta teoría está relacionada con el modelo multidimensional del bienestar (psicológico) cuyos principales referentes son Ryff & Keyes (1989), y Casullo y Castro (2000) en el contexto latinoamericano. La *Teoría de la Autodeterminación* define el bienestar psicológico como un funcionamiento psicológico vital basado en experiencias positivas y saludables, donde el sentido del yo es congruente y está integrado dentro de la personalidad (Ryan y Deci, 2000). En consecuencia, esta teoría determina como indicadores de bienestar psicológico la autoestima, la satisfacción con la vida y la vitalidad subjetiva. La satisfacción con la vida es considerada como una medida del bienestar subjetivo, que a su vez es consecuencia de las acciones autodeterminadas.

De acuerdo con los autores, el logro intrínseco de los objetivos de vida se relaciona con la satisfacción directa de las necesidades psicológicas básicas (autonomía percibida, competencia percibida y percepción de las relaciones interpersonales), y en esta medida, mejora el bienestar. Es decir, estas tres necesidades constituyen una fuente de satisfacción que predicen el bienestar subjetivo y el desarrollo personal. La persona se alinea con sus metas personales para desarrollar estas capacidades, siendo el compromiso una de las principales motivaciones de la persona que pueden influir sobre su bienestar subjetivo.

### **3.4.4. Teoría del Flujo (Flow) de Csikszentmihalyi**

Esta teoría concibe el bienestar como el resultado de cada acción, más que el resultado del logro de un estado final de la persona, como el alcanzar metas globales, de forma que la persona recibe bienestar con cada uno de los actos que realice, y cada acto de la vida influye en el bienestar. Este autor retoma el concepto de felicidad que engloba bienestar subjetivo y la satisfacción vital; definiéndola como un estado mental que las personas pueden llegar a controlar cognoscitivamente, la felicidad podría enfocarse así en los procesos en que la conciencia humana usa sus habilidades (Csikszentmihalyi, 1999). Sus estudios están centrados en la actividad de las personas en conductas que no son recompensadas extrínsecamente e identifica dos procesos: a) que la acción y conocimiento surgen de la actividad misma, y como resultado, la delimitación entre uno mismo y el entorno se diluye; b) que la atención queda limitada a los estímulos relacionados con la actividad, y como resultado, la persona pierde el sentido del paso del tiempo.

Los procesos cognitivos explicarían estas manifestaciones en el sentido de que se produciría un «flujo» continuo entre el logro de la meta y la retroalimentación que proporcionaría la experiencia de la felicidad. El estado óptimo de la experiencia se alcanza cuando hay orden en la conciencia, es decir, cuando las personas centran su energía psíquica en una meta. Esta meta tiene que cumplir con el requisito de retroalimentación constante para que se alcance la condición de flujo y así la experiencia de la felicidad.

#### **3.4.5. Modelo Multidimensional del Bienestar psicológico de Ryff**

En el campo del bienestar psicológico, el análisis de Ryff (1989) ha sido relevante ya que cuestiona los estudios clásicos de la satisfacción que consideran el bienestar como ausencia de malestar o de trastornos psicológicos y amplía el componente cognitivo y el afectivo, haciendo énfasis en la aceptación y crecimiento personal de la persona, así como en la adaptación e integración en su ambiente social. A partir de estudios previos sobre el funcionamiento óptimo del desarrollo humano, construye una síntesis teórica en la que relaciona el concepto de bienestar con el de funcionamiento mental positivo. Para este autor el bienestar psicológico no permanece estable a lo largo del tiempo, y se puede correlacionar con variables como la edad, el sexo o el contexto cultural.

En su *Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico*, Ryff (1989) propone seis dimensiones que delimitan la salud mental: la autoaceptación, la autonomía, las relaciones sociales que se construyen, las habilidades que permiten a la persona dominar el entorno, el establecimiento de metas y propósitos que dotan de significado a la vida y el desarrollo personal.

En la misma época, en el marco de investigaciones con una perspectiva epidemiológica-preventiva, sobre depresión, riesgo suicida y malestar psicológico en adolescentes (Casullo, 1984, 1989), inició la construcción y la adaptación de técnicas de evaluación psicológica como cuestionarios de autoinforme para adolescentes. En las evaluaciones los adolescentes informaban de la presencia de síntomas que indicaban psicopatologías pero, a la vez, posibilitaban el estudio diferencial de los chicos que tenían cierto nivel de bienestar psicológico; lo que permitía identificar, además de los factores de riesgo a los que los adolescentes eran vulnerables, otros factores protectores que impiden que las personas enfermen aun bajo situaciones de adversidad.

Para Casullo, estos estudios constituyen un precedente de la instauración de la PP o salugénica (Mariñelarena, 2014).

Esta autora identifica el bienestar psicológico con la valoración otorgada de forma subjetiva a la estructura interna que sustenta a la persona, formada por la adición de valores, estereotipos y creencias aprendidos a través del proceso de socialización que tiene lugar en un determinado contexto cultural. Desde esta perspectiva define el bienestar psicológico como el grado en que una persona juzga su vida «como un todo» Veenhoven (1991) en términos favorables y satisfactorios; una experiencia en la que los ámbitos cognitivo y afectivo (positivo y negativo), interactúan durante el proceso de evaluación que el sujeto realiza respecto a su propia experiencia vital, asignando un mayor valor al elemento cognitivo argumentando que es más estable que el afectivo emocional. Siguiendo a Diener (1989), también define el bienestar como la percepción que una persona tiene sobre los logros alcanzados en su vida. Sin embargo, Casullo difiere de las afirmaciones de Diener (1984): al considerar que las concepciones del bienestar subjetivo, por corresponderse con fines hedónicos ajustados a la experiencia del momento presente, dejan en un plano secundario la adjudicación del significado de los actos humanos o el sentido de coherencia en la existencia personal (p. 268). Para la autora el bienestar psicológico deriva de la interacción entre la experiencia presente y pasada; las metas ya alcanzadas adquieren un importante peso a la hora de ayudar a la persona a elegir nuevas metas para su proyecto vital, ya que este las inferirá basándose en el análisis de lo que ya ha obtenido y los recursos de los que dispone.

Basándose en el modelo conceptual de Ryff (1989), que como se describió arriba, vincula las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital, Casullo y Castro (2000) definen el bienestar psicológico (salud mental) como el grado en que una persona juzga su vida «como un todo» en términos favorables y satisfactorios; asociándolo con estados de humor positivos, alta autoestima y baja sintomatología depresiva. Estos autores operacionalizaron el concepto en cuatro componentes en una escala de 13 ítems adaptada para adolescentes, así:

1. *Control de situaciones*: tener una sensación de control y de autocompetencia. Las personas con control pueden crear o moldear contextos para adecuarlos a sus propias

necesidades e intereses. Aquellos que presentan una baja sensación de control tienen dificultades en el manejo de los asuntos de la vida diaria y creen que son incapaces de modificar el ambiente en función de las necesidades.

2. *Aceptación de sí mismo*: poder aceptar los múltiples aspectos de sí mismo, incluyendo los buenos y los malos. Sentirse bien acerca de las consecuencias de los eventos pasados. No tener aceptación de sí mismo es estar desilusionado respecto de la vida pasada y querer ser diferente de cómo se es.
3. *Vínculos psicosociales*: capacidad para establecer buenos vínculos con los demás. Tener calidez, confianza en los demás y capacidad empática y afectiva. Tener malos vínculos significa tener pocas relaciones con los demás, sentirse aislado y frustrado. Incapacidad para establecer relaciones comprometidas con los demás.
4. *Proyectos*: tener metas y proyectos en la vida. Considerar que la vida tiene significado. Asumir valores que otorgan sentido y significado a la vida.

Más adelante en el capítulo 7, se explica con detalle la escala, considerando que se ha utilizado en esta tesis doctoral para la evaluación de este constructo.

En resumen, los grupos de teorías explicativas del bienestar subjetivo descritas hasta aquí, podrían clasificarse en: teorías de la satisfacción de necesidades o metas y teorías de los procesos o las actividades (Diener, Oishi & Lucas, 2009). El bienestar subjetivo se modifica en tanto la persona satisfaga sus necesidades, se acerque a sus metas, o se comprometa en actividades de su interés.

### **3.5. El bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida**

En el siguiente apartado, se definen los conceptos de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida, que en la literatura tienden a entrecruzarse o confundirse.

#### **3.5.1. El bienestar subjetivo**

El estudio del bienestar subjetivo adquiere tantas perspectivas como autores lo han abordado; no obstante, en el seno de este campo de estudio, uno de los autores más relevantes es Diener, buscando las causas que influían en su generación y la influencia cultural observable sobre este constructo. El bienestar subjetivo ha sido abordado en distintos contextos, ofreciendo una panorámica desde la que comparar las diferencias culturales observadas (Muñoz, 2015). De acuerdo con Casullo et al. (2000), la variedad de definiciones que se pueden hallar en torno a este constructo se derivan de la pluralidad de instrumentos que se han empleado para su evaluación.

Diener y Diener (1995) reconocieron la necesidad de analizar el bienestar subjetivo mediante investigaciones sofisticadas capaces de contemplar este fenómeno de forma integral, observando todas las variables que convergen para forjar este complejo constructo. A partir de esta necesidad plantearon como objetivos principales de la investigación recopilar las variables cuyo análisis permitía describir el bienestar subjetivo en los distintos entornos y explorar la teoría de la autodeterminación y el modelo multidimensional de Ryff, considerando las metas de las personas. Su estudio mostró la importancia de analizar desde la PP las dimensiones vinculadas al bienestar, indagando en la persona desde una perspectiva holística, así como la necesidad de tener presente las diferencias culturales.

Diener (1984) sugiere en la investigación partir de las siguientes áreas: a) el bienestar se funda sobre el resultado de la evaluación subjetiva que el sujeto realiza en torno a sus vivencias, b) en el estudio del bienestar han de incluirse todas dimensiones positivas que se pongan de manifiesto, c) el análisis del bienestar tiene que complementarse con el examen integral de la persona respecto a toda su experiencia.

Para Diener et al. (1999) el bienestar subjetivo constituye un área genérica que habitualmente se define como la felicidad y, en este ámbito, la personalidad es trascendental a la hora de

determinarlo, pero no solo está determinado por las variables de personalidad, sino, más bien, por la relación que se establece entre las características personales —dentro de las cuales las más estudiadas son la extraversión y la tendencia neurótica— y los procesos psicológicos que se arbitran.

De acuerdo con estos autores podría existir una cierta predisposición heredada genéticamente hacia la felicidad o la infelicidad (Muñoz, 2015). Diener et al. (1999) reconocen que las características personales heredadas tienen un gran peso para determinar el bienestar subjetivo, lo que supondría considerar que el temperamento es más importante que los factores ambientales. En esta línea, Costa McCrae y Zonderman (1987) mostraron que aquellos que habían visto modificados algunos factores ambientales, como su estado civil, su trabajo o su población, no habían registrado cambios en el bienestar.

Diener (2000) indica que dentro del bienestar subjetivo uno de los elementos más relevantes está formado por la valoración personal que realiza la persona basándose en su propia experiencia, es decir, cómo interpretan y sienten aquello que viven y qué conclusiones obtienen de la experiencia. Bajo la investigación de Diener et al. (1999) la evaluación que realiza en un cierto momento sobre el presente la persona se denomina afecto y se vincula a la emoción nacida en un determinado momento a la luz de la experiencia que se ha vivido; estos afectos pueden ser positivos o negativos en función de la sintonía con la persona. En esta evaluación, el presente influye más en el bienestar subjetivo que el pasado, mostrándose la capacidad adaptativa de la persona; independientemente de que los eventos pasados hayan sido experiencias positivas o negativas, pasado un tiempo, la persona las neutraliza, aunque no las olvide, de otro lado, el presente juega un mayor protagonismo a la hora de configurar el bienestar positivo, como ha destacado Muñoz (2015). El lapso necesario para que las experiencias pasadas positivas o negativas comiencen a reducir su capacidad de determinación del bienestar subjetivo es variable y depende de la naturaleza del evento, así como de las características personales de quien lo ha sufrido, aunque se destacan como eventos más impactantes y que, por consiguiente, requieren un mayor tiempo para ser aceptados, el duelo por la muerte de un ser querido y, como eventos que precisan menos tiempo, el cambio de situación económica.

Durante el proceso de aceptación y adaptación de los cambios, Diener et al. (1999) han expuesto que cada persona posee sus propias estrategias que, a su vez, influyen de forma positiva

o negativa sobre el bienestar. Así, cuando una persona trata de buscar el aspecto positivo de todo aquello que acontece, esta circunstancia mejorará su capacidad de adaptación y repercutirá positivamente sobre su bienestar y, en caso contrario, las dificultades para afrontar la realidad impactarán negativamente sobre su bienestar psicológico. Respecto a los acontecimientos vitales y su efecto sobre el bienestar, explica García (2002) que son muchas las investigaciones que han dedicado sus esfuerzos en hallar relaciones entre este tipo de variables, encontrando que los eventos percibidos como negativos se relacionan con la enfermedad, mientras que los sucesos positivos se asocian con mayor intensidad en el afecto positivo del bienestar subjetivo; de igual manera, se encuentra una relación entre acontecimientos vitales adversos y el afecto negativo. En conclusión, las personas que vivencian más sucesos positivos que negativos, muestran mayor bienestar subjetivo.

Muñoz (2015) expone que las emociones positivas o negativas no solo son relevantes en el instante en el que surgen, sino que además pueden configurar el estado de ánimo del sujeto a largo plazo, ya que el bienestar subjetivo está formado por el agregado de emociones negativas y positivas sentidas durante la vida que, a su vez, se conectan con las expectativas fundadas —las metas que se desea alcanzar— y los logros obtenidos, así como con los valores, estereotipos y creencias que se han asumido y que derivan del contexto social. Diener et al. (1999) destacan que en el bienestar subjetivo no solo influyen las metas que una persona se plantea, sino también las acciones que dirige hacia su consecución ya que la conexión entre ambos extremos generará un sentimiento de autoeficacia —afecto positivo— que se correlaciona con el bienestar subjetivo. Reina et al. (2010) evidencian que la autoeficacia es una dimensión relacionada con el bienestar y la satisfacción personal que se define como los sentimientos positivos asociados a la consecución de los logros personales, lo que, al mismo tiempo, influye en que la persona valore de forma positiva su calidad de vida. Asimismo, en general, el logro intrínseco de los objetivos de vida se relaciona con la satisfacción directa de las necesidades psicológicas básicas (autonomía percibida, competencia percibida y percepción de las relaciones interpersonales), mejorando así el bienestar (Núñez, Martín-Albo y Domínguez, 2010).

La *satisfacción vital* surge de la evaluación realizada sobre las variables que proceden del exterior y constituye una dimensión más dentro del bienestar subjetivo que está basada exclusivamente en los juicios valorativos que se realizan sobre aspectos que se estiman a nivel

cognitivo (Diener et al., 1999). Para estos autores, resulta necesario tener presente que en cada persona el bienestar subjetivo se evaluará de forma distinta porque cada evento es asumido a nivel personal de una forma determinada y, además, en cada persona confluirán una serie de variables personales y genéticas diferenciadas, elementos que son fundamentales junto a los procesos de orden psicológico que se desencadenan. En el siguiente apartado se ampliará el componente cognitivo del bienestar subjetivo.

### **3.5.2. Satisfacción con la vida como componente cognitivo del bienestar subjetivo**

Retomando la definición enmarcada en la corriente hedónica, el bienestar subjetivo incluye dos componentes claramente diferenciados; un componente emocional que, a su vez, contiene dos elementos, afectos positivos y afectos negativos como el miedo, tristeza, culpa o alegría, júbilo, etc. (Lucas, Diener y Suh, 1996), y un componente cognitivo, que se refiere a la satisfacción con la vida como la satisfacción con la familia, los estudios, el trabajo (Andrews y Withey, 2012).

Este último componente se define como una evaluación global que la persona hace sobre su vida en la que compara sus logros con sus expectativas (Pavot, Diener, Colvin, y Sandvik, 1991). En el marco de la PP Gutiérrez y Romero (2014) afirman: «La satisfacción con la vida se define como la percepción subjetiva de la calidad de vida de una persona basada en las preferencias individuales de múltiples dominios de la vida y de la satisfacción en esos dominios» (p. 608).

Si bien los componentes afectivos y cognitivos del bienestar subjetivo están relacionados (Pavot & Diener, 1993), en la investigación deben estudiarse de manera independiente, entendiendo que la satisfacción como componente cognitivo tiene unos aspectos menos afectados por estímulos inmediatos, en tanto representa expectativas de largo plazo evaluadas de forma global y consciente. Mientras que, los afectos pueden verse afectados por factores inconscientes o por los estados corporales del momento. Además, argumentan los autores que las personas pueden identificar aspectos desagradables de su vida y evitar las reacciones emocionales negativas que éstos podrían generar.

Para Campbell et al. (1976), la satisfacción con la vida se sustenta en los juicios valorativos que se establecen a nivel cognitivo junto a las emociones que se desprenden del curso de los acontecimientos, exponiendo que el bienestar psicológico tiene vocación de estabilidad a largo



plazo pero es cambiante en función de las circunstancias. La estabilidad de la satisfacción con la vida deriva de que la evaluación cognitiva se mantiene a lo largo del tiempo, siendo más volátiles los componentes afectivos. Sin embargo, de acuerdo con Veenhoven (1993), la satisfacción no es inmutable, puede permanecer estable durante el corto plazo, pero se podría modificar hacia el largo plazo; para este autor la persona vive inmersa en un proceso continuo de evaluación de sus condiciones vitales, por lo que ante cambios circunstanciales, lo suficientemente intensos, se producirá un cambio en la satisfacción a largo plazo.

De acuerdo con estas definiciones, los autores coinciden en que la satisfacción con la vida se refiere a la valoración global que cada persona hace sobre su propia vida y, según Diener (1984), las investigaciones sobre este constructo se deben centrar en los juicios subjetivos de cada persona a cerca de su experiencia vital. A partir de estas teorizaciones Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) construyeron la *Escala de Satisfacción Vital (Satisfaction With Life Scale)* basada en un modelo global; es un instrumento de carácter unidimensional que evalúa la satisfacción como un proceso de juicio cognitivo con preguntas sobre el estado de bienestar sin hacer referencia a ningún ámbito vital específico. Así, los juicios de satisfacción vital están determinados por un criterio individual personal.

En definitiva, de acuerdo con Vázquez, Duque y Hervás (2013), la satisfacción con la vida es un constructo de carácter *hedónico* que se diferencia claramente de otros que son aparentemente cercanos o equivalentes; pero, a su vez, está asociado a otras variables psicológicas.

Los supuestos de Diener sobre la satisfacción con la vida, servirán como fundamento teórico para el abordaje de esta variable en la presente tesis doctoral. Asimismo, se utilizará este instrumento cuyos contenidos se ampliarán en el capítulo 7 de este mismo texto.

### **3.6. Las características personales y las variables sociodemográficas en el estudio del bienestar psicológico y la satisfacción con la vida**

#### **3.6.1. Características personales**

Los rasgos de personalidad aparecen asociados al bienestar. Entre los que se ha hallado una mayor relación son la *extraversión* –tendencia a la sociabilidad y a experimentar emociones positivas frecuentes– y la *estabilidad emocional* –tendencia a reaccionar ante el estrés y las dificultades de forma suave– (Hervás, 2009). De otro lado, el neuroticismo se relaciona con el afecto negativo (Costa y McCrae, 1980), estos resultados han sido confirmados en otros estudios como el meta-análisis de DeNeve y Cooper (1998) siendo el *neuroticismo* el predictor más significativo del afecto negativo ( $r = .17$ ) y de la satisfacción vital ( $r = -.24$ ); mientras que la *extraversión* predijo el afecto positivo ( $r = .20$ ); asimismo, la *extraversión* ( $r = .27$ ) y el neuroticismo ( $r = .25$ ) tienen la misma capacidad predictiva para la felicidad.

Entre otras variables relacionadas con la satisfacción con la vida están, la *autoestima* (DeNeve y Cooper, 1998), la *percepción de control* y la *internalidad*, (Cooper, Okamura y McNeil, 1995). Sin embargo, estas variables dependen del contexto y pueden generar afectos negativos bajo determinadas circunstancias; así, unas elevadas expectativas de control pueden influir negativamente sobre la satisfacción con la vida y no se consiguen los resultados esperados (Erez, Johnson, y Judge, 1995).

En general, parece haber un acuerdo en la relación positiva entre el bienestar subjetivo y otros rasgos positivos de la personalidad (Hervás, 2009).

#### **3.6.2. Variables sociodemográficas**

En el estudio del bienestar no existe un acuerdo con relación a si la edad y el sexo afectan la percepción del mismo, de hecho, algunos investigadores coinciden en que las variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el nivel de ingresos, el nivel de estudios o el estado civil; explican un porcentaje muy limitado de la varianza del bienestar subjetivo (Ash y Huebner, 2001; Castro y Casullo, 2002; Díaz-Morales, & Sánchez-López, 2002; Videra-García y Reigal-Garrido, 2013; Zegers, Rojas-Barahona y Förster, 2009), lo que ha llevado a desplazar las investigaciones hacia otro tipo de variables psicológicas que presentan mayor poder explicativo

(Muñoz, 2015). En razón de estos resultados, Figueroa et al. (2005) advierte que durante la adolescencia la persona se enfrenta a mayores exigencias por razón de la transformación en la que se encuentra inmerso, más que por factores derivados del contexto u otras variables sociodemográficas; reconociendo la necesidad de focalizar la investigación sobre variables de naturaleza subjetiva que influyen más sobre esta dimensión.

En Diener et al. (1999) los factores sociodemográficos por sí solos no explican los diferentes niveles de bienestar de las personas, sino que su efecto se encuentra mediatizado por procesos psicológicos tales como las metas y las habilidades de afrontamiento, aspectos que tienen relación directa o están muy en relación con la personalidad y la historia personal. En este sentido, el sexo y la edad serán determinantes del tipo de metas y objetivos que la persona se proponga, pero no determinan directamente el bienestar. En esta misma línea, Bernabeu, Montoya, González & Casullo (2002), muestran cómo las distintas estrategias de afrontamiento que se llevan a cabo influyen sobre el bienestar psicológico de los adolescentes de forma más clara que las variables sociodemográficas como el sexo o la edad; pero, en contraste, demuestran cómo en función del nivel de bienestar, las personas escogen una fórmula de afrontamiento diferenciada y, por otro lado, que cada género afronta de forma diferente las situaciones a las que se enfrenta, asimismo, que en función de la edad, las estrategias empleadas se van modificando.

Sin embargo, desde la psicología del desarrollo y las teorías del ciclo vital, el *bienestar* ha sido objeto de interés, y en la mayoría de los estudios se siguen teniendo en cuenta las variables sociodemográficas en el análisis diferencial. A continuación se referencian algunas investigaciones que confirman estos hallazgos y que son de interés de cara a los resultados, teniendo en cuenta que las variables edad y sexo son objeto de análisis en esta tesis doctoral.

Respecto a la *edad*, en Ryan y Deci (2001) la paradoja del envejecimiento (Carstensen 1998; Mroczek y Kolarz 1998), explica cómo a pesar de que en la tercera edad se plantean nuevos retos y se vivencian pérdidas, el bienestar subjetivo no disminuye, sino que, por lo general, aumenta. Contrario a esto, en estudios más recientes, Greenfield y Marks (2010) concluyen que cuando se sufre violencia en el ámbito familiar durante la infancia y la adolescencia, el bienestar psicológico que se alcanza en la edad adulta es menor, destacando que durante la adolescencia se concentra la fase vital en la que más importante es recibir apoyo social. Asimismo, en las familias en las que las dinámicas que se establecen entre sus miembros son conflictivas esta

circunstancia genera una predisposición de la persona hacia un menor *bienestar psicológico* que podría influir en la adopción y desarrollo de conductas de riesgo (Bell y Bell, 2012; Gonçalves, Castellà y Carlotto, 2007; Orcasita y Uribe, 2010). Estos resultados explican cómo el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo pueden cambiar a lo largo del ciclo vital dependiendo de las condiciones psicosociales.

Ryff (1989) centró buena parte de sus estudios en la evaluación de los cambios en el bienestar psicológico durante el ciclo vital y la variación en los componentes del mismo, y encontró que los adultos más jóvenes se concentraron más en el autoconocimiento, competencia y autoaceptación, y los adultos más mayores se centraron más en hacer frente al cambio positivo, confirmando esto que sí se presentan cambios. LaGuardia y Ryan (2000) analizaron la relación de la satisfacción de las necesidades con la motivación y el bienestar a lo largo de la vida. Revisaron el rol fundamental de la competencia y la autonomía en el fomento del bienestar en todas las edades, concluyendo que las necesidades psicológicas básicas influyen en el bienestar a través de la vida. Sin embargo, la manera en que estas necesidades se expresan y son satisfechas varía con la edad, así como las tareas de la vida y los retos cambian con la edad.

Otros estudios muestran cómo, a pesar de que con la edad se presenten cambios relacionados con los ingresos económicos o el estado civil, la satisfacción vital permanece bastante estable, sustentando que esto puede ser el resultado de procesos de adaptación. Rapkin & Fischer (1992) sostienen que se origina un reajuste en las metas de las personas. Desde la teoría de la adaptación puede explicarse que ante las adversidades de la vida, las personas pueden cambiar activamente las circunstancias del entorno de acuerdo a sus intereses personales (asimilación) o por el contrario, adaptar sus intereses personales y metas a las circunstancias del entorno (acomodación). Aunque ambas estrategias de afrontamiento se relacionan con el bienestar, de acuerdo a los hallazgos, parece que se produce un cambio gradual conforme avanza la vida desde una estrategia de asimilación a otra de acomodación.

En los estudios que han demostrado *diferencias según edad y sexo* en la *satisfacción con la vida*, los resultados son contradictorios (Rodríguez-Fernández et al., 2015). Respecto al sexo, algunos autores señalan que cuando se presentan diferencias, son las mujeres quienes obtienen un mayor nivel de satisfacción vital y en ambos sexos se muestra una disminución de la satisfacción a inicios y mediados de la adolescencia (Tomyn & Cummins, 2011).

Similares resultados en un estudio sobre resiliencia y satisfacción con la vida, realizado con adolescentes tardíos y adultos jóvenes con una media de edad de 22 años en Colombia, que aunque no reportaron diferencias significativas, las chicas se mostraron ligeramente menos satisfechas con la vida respecto a los chicos (Romero, Pinzón & Acosta, 2015). Por el contrario, otros estudios encuentran que son los hombres quienes informan mayores niveles de satisfacción con la vida (Atienza, Balaguer y García-Merita, 2003).

En un estudio con una muestra de adolescentes alemanes entre 11 y 16 años Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach & Henrich (2007), confirmaron que la satisfacción con la vida como componente del bienestar en los adolescentes, disminuye durante este rango de edad en ambos sexos, y mostrando también un efecto respecto al sexo, siendo las chicas quienes reportaron más bajos niveles de satisfacción con la vida ( $\eta^2 = .004$ ) y satisfacción con la vida relacionada con la salud ( $\eta^2 = .020$ ). Asimismo, se muestra un alto nivel de satisfacción con los amigos, una relación decreciente con la familia y un ligero aumento en la satisfacción con la sexualidad; advierten los autores que este efecto no compensa la pérdida de satisfacción general. En esta misma línea, otros estudios, muestran una disminución de la satisfacción con la vida a medida que aumenta la edad (Stubbe, de Moor, Boomsma y de Geus, 2007). Estos autores explican estos resultados, por un lado, debido al gran número de expectativas y aspiraciones de las personas más jóvenes y, por otro, porque la salud de las personas más jóvenes suele ser mejor que la de las personas de mayor edad. Otros estudios, por el contrario, Diener et al. (1997), han demostrado que conforme aumenta la edad de las personas se mejora la satisfacción con la vida; así, los logros obtenidos parecen ser más valorados en las personas con más edad que presentan, además, menos aspiraciones.

En otras investigaciones el *sexo* y la *edad* no influyen significativamente en la *satisfacción con la vida*. Recientemente, en una investigación que evaluó las propiedades psicométricas de la SWLS con un amuestra de 477 participantes mejicanos, con una media de edad de 19 años, Blázquez, Hernández, & Calvillo (2015) reportaron que la satisfacción con la vida reportada por las mujeres, no fue significativamente diferente a la observada en los hombres. Tampoco se observaron relaciones entre la satisfacción con la vida y la edad ( $r = -.011$ ). Sin embargo, sí se observó que a mayor número de años de escolarización, mayor nivel de satisfacción con la vida ( $r = -.206$ ). En otro estudio, Videra-García y Reigal-Garrido (2013) al examinar las relaciones

entre el autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital, en una muestra de 1648 adolescentes españoles con edad entre los 14 y 16 años, los resultados señalaron puntuaciones similares respecto a la satisfacción vital según el sexo, sin diferencias significativas. Iguales resultados en una investigación para evaluar las propiedades psicométricas de la (SWLS), con población adulta con edades entre 18 y 65 años, Vera-Villaruel et al. (2012), no hallaron diferencias significativas en las medias de hombres y mujeres y tampoco respecto a los rangos de edad. En estudios similares, Vázquez et al. (2012) evaluaron las propiedades de esta misma escala en una muestra de 2964 adultos españoles con un rango de edad entre los 21 y 69 años, los resultados mostraron que no existían diferencias en la puntuación global en relación con el sexo, edad ni en la interacción de ambas variables. En estudios con población alemana (Glaesmer, Grande, Braehler y Roth, 2011) y población malaya (Swami y Chamorro-Premuzic, 2009), no se hallaron diferencia según sexo.

Casas, González, Figuer, y Malo (2007) en una investigación con dos muestras distintas de adolescentes españoles; una de ellas recogida en 1999 en la que participaron 1618 adolescentes y otra en 2003 en que participaron 1634 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 16 años, no se encontraron diferencias entre chicos y chicas en la puntuación global de la satisfacción con la vida. Sin embargo, en ambas muestras se hallaron diferencias significativas según sexo en ámbitos específicos en la satisfacción con las cosas aprendidas y la familia y los amigos; las chicas informaron resultados más elevados que los chicos; mientras que, en el ámbito de la satisfacción con las actividades físicas, son los chicos quienes puntúan más alto.

En estudios realizados en la ciudad de Soweto en Sudáfrica, como parte de un estudio longitudinal iniciado en 1999, sobre la calidad de vida, Westaway, Maritz y Golele (2003), evaluaron la satisfacción con la vida en una muestra de 151 hombres y 209 mujeres, con edades entre 21 y 83 años y los resultados señalaron que las puntuaciones de la SWLS no mostraban diferencias ni de edad ni de sexo, pero sí guardaban relación con la situación de empleo y el nivel de estudios, coincidiendo con Pavot y Diener (1993).

En relación con el *bienestar psicológico* los resultados también tienden a ser contradictorios. Por una parte, Dioses et al. (2008) señalan diferencias significativas en el bienestar psicológico global, obteniendo las mujeres puntuaciones superiores respecto a los chicos. Resultados diferentes se hallaron en Martínez y Morote (2002) con adolescentes peruanos con edades entre

13 y 18 años, siendo la *aceptación de sí mismo*, superior en los hombres, y los *vínculos psicosociales* más valorados por las mujeres. En Cruz, Maganto, Montoya y González (2002), en una investigación con adolescentes españoles (14-18 años) en la que se utilizó la misma escala que en el presente estudio, hallaron diferencias según la edad en la dimensión *proyectos*; y respecto al sexo, las chicas obtuvieron mayor puntuación en las dimensiones de *vínculos y control*; mientras que la *aceptación de sí mismo*, fue superior en los chicos. En muestras conformadas por adultos mayores, Vivaldi y Barras (2012) hallaron en Chile que los hombres obtuvieron medias más altas en todas las dimensiones del bienestar, siendo las diferencias significativas en los puntajes globales y relaciones positivas.

Recientemente, en una muestra de adolescentes españoles de (13-18) años, las diferencias según el sexo resultaron significativas para bienestar subjetivo global, estando las mayores puntuaciones también asociadas a los hombres, los chicos presentaron mayor control tanto de situaciones como de relaciones interpersonales, niveles superiores de autoaceptación y más tendencia a valorar positivamente sus vidas en comparación con las chicas (Ramírez-Pastor, 2015). Asimismo, Góngora y Castro (2015), publicaron un estudio sobre la construcción y validación de un cuestionario para evaluar en forma conjunta el bienestar hedónico y eudaemónico en población adulta y adolescente y, en el grupo de adolescentes, se halló que los varones aparecían como percibiendo mayor bienestar que las chicas. Otros estudios también informan de menores niveles de bienestar psicológico en las mujeres (Cyranowski, Frank, Young, & Shear, 2000). En esta misma línea, Mirowsky y Ross (1996) explican que las diferencias respecto al bienestar pueden deberse a que en las mujeres hay una mayor expresividad emocional; así que, no es que las mujeres presenten un bienestar subjetivo más bajo, sino que expresan más abiertamente sus emociones que los hombres, y especialmente cuando estas son negativas. Esta circunstancia, tiene implícita unas causas fundadas en los roles de género tradicionalmente asignados que afectan la salud de los hombres; tanto la falta de socialización para expresar sentimientos y padecimientos mentales y físicos, como las deficiencias del propio sistema sanitario representan mayores dificultades para diagnosticar problemas afectivos y psicológicos encubiertos por somatizaciones o conductas de riesgo (adiciones, conducción agresiva de vehículos, comportamientos sexuales de riesgo) (Bonino,

2001). Asimismo, estos roles de género, condicionan su desarrollo personal y autoestima a las expectativas sociales de éxito laboral y económico.

En estudios que aplicaron la escala BIEPS-J, Castro y Casullo (2000) con adolescentes argentinos, las variables género, edad y contexto sociocultural no parecen afectar la percepción subjetiva del bienestar en la adolescencia. Asimismo, en Montero (2010) con población adolescente en España el efecto del sexo, resultó no significativo. Respecto a estos resultados, Martín (2002) explica que, en general, las mujeres son más expresivas respecto a sus emociones, y más perceptivas frente a los eventos o experiencias vividas; por esto, una respuesta emocional positiva más intensa en las mujeres, equilibra el alto afecto negativo; lo que da lugar a unos niveles similares de bienestar subjetivo, respecto a los hombres. Resultados similares se obtuvieron en Bernabéu et al. (2002), al no encontrar relaciones significativas entre la edad y el bienestar psicológico, pero se observó que con la edad los varones manifestaron menor bienestar, invirtiéndose esa relación en las mujeres.

En una investigación que ha trascendido el simple análisis diferencial por sexos, realizada por Barra (2010), con estudiantes universitarios en Chile, sobre la relación entre el bienestar psicológico, las dimensiones de la masculinidad y feminidad, y las categorías de orientación de rol sexual y que utilizó la escala de Bienestar Psicológico de Ryff; los resultados indicaron que las dimensiones *Auto-aceptación*, *Dominio del Entorno* y *Autonomía*, mostraban relación con la masculinidad, mientras que *Relaciones Positivas* estaban asociadas a la feminidad tanto en hombres como en mujeres. No se informaron diferencias según sexo, pero sí existieron diferencias asociadas a las distintas orientaciones de rol sexual. En este sentido, según la autora, el bienestar psicológico de las personas no estaría determinado primariamente por su pertenencia a uno u otro sexo, sino por la integración de características tanto instrumentales como expresivas y el desarrollo de sus diversas potencialidades humanas.

Con relación a la edad, Ryff (1989) reveló diferencias significativas para todas las dimensiones excepto: *aceptación de sí mismo* y *relaciones positivas con los otros*. En general, el grupo de adultos medios obtuvo mayores puntajes en Propósito en la vida y en Autonomía. Además, tanto adultos medios como adultos tardíos, puntuaron más alto en *dominio del ambiente* en comparación a los adultos jóvenes. Por último, los adultos jóvenes fue el grupo que puntuó más alto en Crecimiento personal. Ryff y Keyes (1995) observaron que los adultos jóvenes



presentaban menores puntuaciones en las dimensiones de *autonomía y dominio del ambiente*, pero mayores puntuaciones en las dimensiones de *propósito en la vida y crecimiento personal*.

### **3.7. Importancia del contexto sociocultural en la evaluación de la satisfacción con la vida**

En el estudio del bienestar psicológico y subjetivo de los adolescentes se ha expuesto la importancia de conectar las interacciones de la persona con el contexto que pueden ofrecer argumentos sólidos para explicar este constructo.

Cada persona establecerá para sí mismo una jerarquía entre lo que considera principal y superfluo, creando su propia definición de bienestar psicológico. El equilibrio que se alcanza mediante la interacción de los factores que influyen en la vida de la persona formará el bienestar psicológico, que constituye una dimensión subjetiva.

El bienestar psicológico viene determinado, por lo tanto, por la confluencia de elementos de carácter subjetivo y experiencial que se relacionan al mismo tiempo con factores físicos y psicosociales; por consiguiente, está formado por componentes estables vinculados a la esfera cognitiva de la persona y mutables que van cambiando en función de las emociones que acompañan a la experiencia. Los elementos emocionales y cognitivos se entrelazan, influidos al mismo tiempo por las variables de personalidad y el entorno sociocultural en el que la persona se desenvuelve.

Estudios recientes enfatizan en la influencia de las condiciones objetivas del entorno en la evaluación de la satisfacción con la vida. Reina et al. (2010) afirman que durante la adolescencia la satisfacción vital se basa en la adecuación de la persona al entorno, siendo algunas variables personales las que permiten a la persona que tenga lugar esta adaptación a su entorno micro y macrosocial, influyendo en el bienestar que percibe.

En esta misma línea García-Viniegras (2005) destaca que las áreas de principal interés para la persona son las relaciones familiares, el sexo, la familia, el trabajo y la salud; y respecto al ámbito material, si bien el ser humano comprende que es una necesidad que contribuye a alcanzar el bienestar en el resto de áreas, no le concede mayor protagonismo que a las demás. En múltiples estudios se ha correlacionado la satisfacción con el autoconcepto y las relaciones personales durante la adolescencia, haciéndose referencia al papel que juegan las relaciones familiares y los vínculos con los grupos de iguales para configurar la satisfacción vital de los

adolescentes; en este sentido, Joronen y Asted-Kurki (2005) han señalado como factores determinantes para la satisfacción vital de los adolescentes, contar con un hogar familiar confortable regido por dinámicas familiares abiertas y comunicativas, bajo las que se configure una red de apoyo y refuerzo positivo. De esta forma, durante la adolescencia la cohesión familiar es clave para generar satisfacción en la persona. Por otro lado, se ha expuesto que el contexto educativo también es determinante, especialmente, porque a través de la influencia de este entorno el adolescente se relaciona con el grupo de iguales.

De acuerdo con Casas (2011), la interacción a nivel micro y macrosocial del adolescente con su medio le facilita la adaptación a su entorno. Se ha investigado de forma reiterada la importancia de las variables relacionadas con la familia y las relaciones interpersonales, de las que se ha comprobado la existencia de una influencia positiva entre estas y el bienestar (Rodríguez-Fernández et al., 2016). Concretamente, para estos autores, en el juicio cognitivo que el adolescente realiza sobre su vida influyen las variables familiares, mientras que en las evaluaciones afectivas son importantes las relaciones entabladas con el grupo de iguales.

Esta interrelación que se produce entre el contexto sociocultural y la persona, determina cuáles serán sus metas y objetivos, equilibrando la evaluación a la que la persona somete las aspiraciones alcanzadas en el presente y las expectativas proyectadas hacia el futuro. Diener y Diener (1995), investigando en la influencia de las variables socioculturales sobre la satisfacción, no hallaron distinción entre aquellos países que gozan de un diferente nivel de conquista de derechos y libertades individuales, diferencias que sí encontraron entre los países más pobres en los que no se cubren las necesidades mínimas de la población y los países desarrollados, lo que explicaron señalando que una vez que se cubren las necesidades vitales, el nivel de satisfacción que se alcanza en los distintos contextos, no varía.

Teniendo en cuenta la importancia del contexto el estudio de este tipo de variable, y la existencia de estudios en España y otros países latinos como Argentina, se considera conveniente continuar esta línea de trabajo haciendo el estudio en Colombia, valorando, además, la carencia de estudios con población adolescente.

Esta concepción del bienestar psicológico se encuentra en la línea del enfoque ecológico predominante en la actualidad (Modelo de Bronfenbrenner explicado en el capítulo 1) que orienta sus esfuerzos a examinar la naturaleza multicausal de la conducta humana y, en este

sentido, de las características intraindividuales y los factores ambientales que inciden en la autopercepción del bienestar.

### 3.8. Resumen

Durante la adolescencia, en el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como componente cognitivo del bienestar subjetivo, las variables más importantes están relacionadas con aspectos del desarrollo biopsicosocial y con el entorno, por encima de los factores sociodemográficos, que muestran escasa capacidad explicativa. Las emociones positivas y el contexto sociocultural y, dentro de este, las relaciones familiares, constituyen factores muy relevantes a la hora de comprender la configuración del bienestar.

En el presente, la investigación académica se orienta hacia la unificación en un único constructo de ambas dimensiones, psicológica y subjetiva del bienestar. En la definición resultante se conectarían, por tanto, elementos hedónicos y eudamónicos. La integración de estos dos elementos supone entender el bienestar psicológico y subjetivo como un estado experimentado de forma individual, del que participan variables contextuales, personales y psicológicas.

En la literatura revisada se ha constatado que una parte importante de las investigaciones se ha realizado en población adulta, principalmente con relación a la *satisfacción con la vida*; asimismo, en la mayoría de los estudios no se han encontrado diferencias según el sexo y, en los que se informan diferencias, están asociadas a ámbitos específicos de la satisfacción o, en correlación con otras variables sociodemográficas o de la personalidad. En este sentido, el sexo resulta ser un indicador ineficaz para explicar la diferencias en este tipo de variable, ya que son necesarios los aspectos subjetivos de la persona y la consideración de su sistema de valores, metas y aspiraciones en un marco espacio-temporal determinado. La satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital, arroja resultados contradictorios en cuanto a su estabilidad o variabilidad y pocos estudios informan diferencias en adolescentes; sin embargo, utilizando otros instrumentos de medida, algunos autores han encontrado una disminución de la satisfacción con la vida a inicios y mediados de la adolescencia en ambos sexos (Tomyn & Cummins, 2011) y, a mayor edad hay una disminución de la satisfacción con la vida, asimismo de la satisfacción con la vida

relacionada con la salud, en ambos sexos (Goldbeck et al., 2007). Pero, en general, la mayoría de estudios no ha reportado diferencias según edad y sexo.

Por otra parte, se ha encontrado que los adolescentes con altos niveles de satisfacción con la vida presentan temperamento extrovertido, locus de control interno, activa capacidad de afrontamiento, autoconcepto positivo y perspectivas de futuro, así como tendencia a participar en actividades significativas de contenido prosocial.

Con relación al *bienestar psicológico*, los resultados son bastante heterogéneos, y pese a que en los estudios en los que se ha aplicado la prueba BIEPS-J, no se ha encontrado diferencias según edad y sexo, son más numerosos los estudios recientes que han evaluado con este y otros instrumentos, dicho constructo y han obtenido diferencias principalmente según sexo (Cruz et al., 2002; Cyranowski et al., 2000; Figueroa et al., 2005; Góngora y Castro, 2015; Martín, 2002; Ramírez-Pastor, 2015; Vivaldi y Barras (2012), que los que no han informado diferencias (Alvarado de Rattia, 2013; Casullo y Castro, 2000; Montero 2010). Con relación a la edad los resultados muestran, en general, la inexistencia de diferencias en muestras con adolescentes (Alvarado de Rattia, 2013; Casullo y Castro, 2000; Montero 2010) y los estudios que muestran diferencias han sido realizados con población adulta (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995).

De acuerdo con estos estudios, sería posible esperar que los chicos reportaran un mayor nivel de bienestar que las chicas y no se esperarían diferencias según edad.

Pese a la irrelevancia que algunos autores advierten respecto a los datos sociodemográficos, y a que su estudio ha sido limitado en población adolescente y ofrece datos contradictorios, sería interesante seguir investigando y no deben descartarse como factores explicativos. El estudio del bienestar en la adolescencia, sigue siendo objeto de gran interés para avanzar en su conocimiento, porque como ya se mencionó, es escasa la investigación en este grupo etario y, de otro lado, es importante para futuras intervenciones desde perspectivas psicológicas y pedagógicas, conocer sus efectos sobre la personalidad o los procesos psicológicos y qué variables pueden predecirlo mejor.

Así, existen razones para prestar atención a las diferencias de sexo en la predicción de estas variables de salud ya que, de existir, podrían ser analizadas con una perspectiva de género y dar pistas sobre la influencia que aun podrían estar ejerciendo los estereotipos y los roles de género sobre la percepción de los adolescentes sobre su propio bienestar.

## *Capítulo 4. Resiliencia*

---



*El hombre es libre de alterar por completo su destino para lo mejor o para lo peor. Yo, hijo de alcohólico, niño abandonado, he hecho errar de golpe a la fatalidad. He hecho mentir a la genética. Este es mi orgullo.*

Tim Guénard

#### **4.1. Introducción**

En este capítulo se abordará la necesaria alianza que se establece entre resiliencia y salud, así como las implicaciones en la población adolescente y la información que proporciona como indicador para medir la salud, mostrando las investigaciones más relevantes que se han llevado a cabo durante los últimos años entre la población adolescente.

Para la PP, ocuparse de la resiliencia es fundamental por su papel respecto al afrontamiento de los acontecimientos, siendo entendida en términos de capacidad de adaptación de la persona a la que se asocia un aprendizaje que refuerza sus capacidades previas, área de gran interés para comprender el desarrollo humano.

La resiliencia constituye, en el presente, un concepto de abordaje significativo desde el punto de vista social, en torno al que se han centrado un gran número de investigaciones que persiguen identificar los recursos de la persona para intervenir directamente sobre estos y focalizar en este ámbito la prevención y el tratamiento de las situaciones que emergen de forma holística.

Esta circunstancia, por tanto, supone un cambio de paradigma bajo el que se considera a los seres humanos y sus capacidades como eje sobre el que afrontar de forma integral sus padecimientos, aunando en este proceso los conocimientos que se aportan desde la interdisciplinariedad.

## **4.2. Resiliencia y salud**

La resiliencia es un indicador de salud mental y, considerada como constructo multidimensional, hace referencia al conjunto de rasgos cognitivos y conductuales que aúnan la predisposición del individuo y el comportamiento que adopta ante sus experiencias (Burns y Anstey, 2010). La resiliencia se relaciona positivamente con la salud mental, la adaptación positiva y actúa como un factor de protección salugénico (Cabanyes, 2010).

Desde el enfoque de la PP adoptado en esta tesis, la salud es entendida como un estado global de la persona (García, García, López-Sánchez y Días, 2016). De acuerdo con estos autores, la resiliencia ofrece en el campo de la salud multiplicidad de áreas en torno a las que intervenir, incidiendo tanto sobre el afrontamiento de la enfermedad propia como la de los demás. En efecto, salud y enfermedad son dos conceptos que se complementan y se oponen, siendo necesario que entre sí rijan el equilibrio. Según Urbina y Acuña (2002), este equilibrio ha de ser el reflejo de la estabilidad física y mental de los individuos con su entorno, dando como resultado una definición de salud referida al equilibrio entre bienestar psicológico, físico y social.

Desde otras perspectivas teóricas, para Iraurgi et al. (2012), el interés de la PP por la persona se dirige a tres áreas: en primer lugar, el abordaje de las emociones; en segundo lugar, el bienestar que siguiendo a Ryff (1989) se identifica con el óptimo funcionamiento psicológico y; en tercer lugar, el análisis de las capacidades y fortalezas, siendo la resiliencia uno de los constructos que más se vinculan al de las competencias humanas. En la misma línea, Masten (2006) identifica la resiliencia como el agregado de competencias observables desde la PP.

El concepto de resiliencia, en un primer momento surgido en el ámbito científico como una propiedad de las sustancias, hoy es empleado en la psicología para hacer referencia a la facultad de los seres humanos para superar obstáculos con éxito, siendo un indicador de su capacidad de adaptación a los acontecimientos que le afectan y cuya incidencia no puede esquivar (Villalba, 2004). Para Masten (2014), se trata de un fenómeno ordinario que se ejerce mediante la utilización de los sistemas de adaptación elementales de la persona y sugiere que actualmente los autores coinciden en que la resiliencia es un proceso dinámico de carácter evolutivo que implica la adaptación positiva dentro del contexto de adversidad.

En la literatura se encuentra diversidad de estudios que relacionan resiliencia y salud, algunos se ocupan de la relación resiliencia y rasgos adaptativos de personalidad (Campbell-Sills, Cohan



& Stein, 2006) y otros; de la relación entre resiliencia y procesos de superación traumática (Campbell-Sills & Stein, 2007). Estos estudios confirman que la resiliencia es cuantificable y guarda relación directa con la salud (Connor Davidson, 2003).

Vinculada a la salud, la resiliencia es el rasgo que identifica la estrategia que cada uno emplea para sobreponerse a las adversidades y superar los desafíos que necesariamente surgen y que para Grotberg (2006) constituye uno de los ámbitos sobre los que el abordaje de la salud debe incidir, anunciando un cambio en el paradigma que hasta el momento se ha estado utilizando, basado en el abordaje de la enfermedad.

En algunas definiciones ofrecidas del concepto de salud mental y de resiliencia se encuentran puntos en común, como en la aproximación de Melillo et al. (2004), para quienes tanto la salud mental como la resiliencia, constituyen un proceso que depende de las interacciones que surgen en el entorno biopsicosocial de la persona y tienen como resultado la mejora de la resistencia del sujeto frente a los acontecimientos, lo que llevaría a deducir que la resiliencia y la salud mental son fruto de las mismas interacciones.

De acuerdo con Zabala et al. (2008), la resiliencia constituye un factor de protección. Estos autores, que circunscribieron su investigación sobre niños y adolescentes con cáncer, documentaron que la resiliencia no es una cualidad de las personas que gozan de buena salud, sino que además es el enfrentamiento a la enfermedad la que puede aumentar los niveles de resiliencia.

Como lo explican Connor y Davidson (2003), la resiliencia está compuesta por un núcleo de capacidades personales que favorecen la capacidad de adaptación de la persona. Por su parte, Bustos (2013) ha expuesto que la resiliencia se adquiere progresivamente a medida que transcurre el desarrollo, siendo el resultado de las interacciones que tienen lugar a consecuencia de las interacciones biopsicosociales.

Rutter (2006) aborda la resiliencia entendida en términos de resistencia al riesgo ambiental o la superación de obstáculos que se dan en un cierto contexto; en este sentido, alguien es resiliente cuando encuentra el equilibrio psicológico a pesar de su experiencia, superando el estrés; para este autor, el análisis de la resiliencia requiere investigar en torno a dos áreas: 1) las dificultades a las que se enfrenta la persona y, 2) los efectos que esta interioriza a raíz del impacto sufrido. Para Cabanyes (2010) lo que diferencia a la resiliencia de la resistencia al estrés, es que la

primera lleva implícita la mejora de las capacidades de la persona, es decir, el crecimiento personal asociado al impacto negativo recibido, participando de este concepto todos los ámbitos competenciales (emocionales, cognitivos y sociales).

Asimismo, la delimitación de la resiliencia frente a los factores de riesgo y protección es necesaria y se fundamenta, de acuerdo con Rutter (2006), en que los factores de riesgo y protección son compartidos y se pueden abordar de forma general en un contexto determinado, a diferencia de la resiliencia que variará sensiblemente entre distintas personas dado que constituye un mecanismo individual que cada uno emplea de una forma distinta, y, por ende, se asocia a la obtención de distintos resultados. Otros autores también se han referido a la necesidad de diferenciar factores de riesgo y protección de la resiliencia (Prado y Del Águila, 2003).

Pese a esta demarcación entre ambos conceptos, el abordaje de la resiliencia requiere establecer conexiones con los factores de riesgo y protección que intervienen en un concreto escenario, constituyendo en consecuencia un constructo separado, pero a la vez estrechamente vinculado a aquellos. Asimismo, el estudio de la resiliencia obliga a considerar los factores de riesgo ambiental como parte de su modelo explicativo, ya que la experiencia individual generadora de tácticas de superación a la que se hace referencia se ancla necesariamente sobre un contexto específico (Rutter, 2006).

La definición del concepto de resiliencia se ha conectado, por algunos autores, a aquellos sujetos que ostentan una posición de riesgo y en virtud de tal cualidad han superado las dificultades de forma exitosa, aplicándoseles el adjetivo de resilientes. El análisis de la resiliencia se vincula al contexto al que están sometidas las personas y los estresores psicosociales a los que se enfrentan, midiendo la forma en que interfiere el binomio riesgo y resiliencia que constituyen ambos platos de una misma balanza y cuyo punto de equilibrio estaría representado por la salud.

Para Connor y Davidson (2003) está constituida por un conjunto de cualidades individuales que varían en función de factores como el contexto, la etnia, la edad y el sexo, siendo determinada de acuerdo a la experiencia vital. Por su parte, Werner (2007) expone que aunque la resiliencia se forma por los mismos elementos en todas las personas, el particular contexto en el que cada uno se desenvuelve determinará el proceso de adaptación que despliega, sugiriendo que no puede considerarse un rasgo debido a su dinamismo. En este sentido, la estabilidad temporal

de la resiliencia ha sido ampliamente discutida debido a la variabilidad de resultados obtenidos en sucesivas investigaciones (Burns & Anstey, 2010) siendo aceptada la influencia de la edad y el género sobre esta y, por tanto, la necesidad de circunscribir su estudio sobre un escenario temporal concreto.

Durante la adolescencia, de acuerdo con Ramos-Díaz et al. (2016), los cambios a los que chicos y chicas se enfrentan, les exige desarrollar conductas resilientes para adaptarse e interiorizar el aprendizaje que en esta fase vital tiene lugar. En este mismo sentido, Rodríguez-Fernández et al. (2016) sostienen que la resiliencia durante la adolescencia adquiere un papel determinante ya que permite a los adolescentes afrontar los factores de riesgo propios de esta etapa y fortalecerse a través de esta experiencia, asumiendo los retos que ejercen influencia sobre esta etapa en la que las presiones internas y externas se potencian. De acuerdo con Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros y Fernández-Zabala (2015), durante la adolescencia la resiliencia se relaciona con variables contextuales e individuales, siendo el autoconcepto uno de los factores que se han estudiado por constituir una variable muy influyente sobre el bienestar psicológico. De igual manera, Morales y González (2014) han reflejado la correlación positiva que se establece entre bienestar psicológico, autoestima y resiliencia. Chen (2016) halló igualmente una relación positiva entre la resiliencia y el bienestar subjetivo y una relación negativa entre la resiliencia y los afectos negativos, descubriendo que la resiliencia favorece asimismo la satisfacción vital.

En un estudio sobre resiliencia en adolescentes, Omar (2006) analizó las relaciones entre los diferentes componentes del bienestar subjetivo y la resiliencia en adolescentes, y el rol de la orientación hacia el futuro en tales relaciones. No se observaron diferencias significativas respecto al género. La autora indicó en sus resultados asociaciones positivas entre resiliencia y las dimensiones del bienestar subjetivo referidas a apoyo percibido por parte del grupo familiar, correspondencia entre expectativas y logros, relaciones con el grupo primario y confianza en afrontar dificultades. A su vez, se registraron asociaciones negativas entre la resiliencia y las dimensiones relativas a percepción de problemas de salud, inadecuado manejo afectivo y contactos sociales deficientes. En términos generales, se muestra que los adolescentes resilientes se diferencian de los no resilientes porque tienen una percepción más positiva de sí mismos, del entorno y de sus logros.

Igualmente, en Salgado (2009), en un estudio sobre resiliencia, optimismo y felicidad –entendida como bienestar subjetivo– en población adolescente, encontró que a mayor resiliencia, mayor optimismo y mayor felicidad.

En estudios recientes García et al. (2016) señalan que la resiliencia refuerza la capacidad propia para mantener su salud a través del desarrollo de conductas que le permiten: a) afrontar el riesgo y aumentar su nivel de protección, b) autogestionar su salud, c) emplear correctamente la información de la que dispone, d) construir relaciones con los demás equilibradas y positivas, e) ser optimista, f) ser responsable. Asimismo, respecto a la salud de los demás, la resiliencia capacita a la persona para sobrellevar las adversidades derivadas de tal situación y reforzar las relaciones que se mantienen con los otros.

En resumen, de acuerdo con los estudios referenciados, una percepción positiva de la salud, autococepto, bienestar psicológico, rasgos adaptativos de personalidad, expectativas futuras y logros, reflejan una relación positiva con resiliencia y pueden ser un predictores de esta; mientras que, una percepción de problemas de salud, afectos negativos, inadecuado manejo afectivo y contactos sociales deficientes, se asocian negativamente con resiliencia.

#### **4.3. Definiciones de resiliencia en población infanto-juvenil**

En el análisis de las definiciones que se encuentran en la literatura académica sobre el concepto de resiliencia se puede establecer una clasificación tripartita bajo las que se considerarían aquellas que reciben un enfoque basado en el entorno, las que sitúan como eje de la investigación las capacidades individuales y, por último, las que convergen en un punto intermedio bajo el que considerar el entorno de la persona, siendo estas últimas las más relevantes y admitidas en la actualidad (Iraurgi et al., 2012).

Para Greenspan (citado en Kotliarenco, 2006), la resiliencia, circunscrita sobre población infantil, está constituida por la capacidad para alcanzar el éxito en su trabajo, delimitado a su etapa de desarrollo; posteriormente, Rouse Ingersoll, citado por el mismo autor, respecto a población adolescente hizo hincapié en el contexto en el que cada uno se desenvuelve y la capacidad de sobrellevar los obstáculos en este escenario, aprovechando la oportunidad para madurar; en el mismo sentido, Rew mostró que la capacidad de adaptación que la persona mostraba a través de la acción es el matiz que define la resiliencia, definición que también ha

sido recogida por Markstrom y Mandleco y Peery. En esta misma línea, Hunter y Chandler expuso que la resiliencia constituía la capacidad para generar tácticas con las que enfrentarse a las dificultades, concretando que aquellas tácticas estaban constituidas por los factores de protección.

En el seno de las investigaciones que consideran factores que emergen del entorno y factores individuales, la resiliencia es definida como una manifestación de la capacidad de adaptación del sujeto pese a las dificultades que padece (Luthar, 2003). Para Rutter la concatenación de causas que dependen del entorno sumada a las capacidades individuales, genera aprendizaje y cambio, ámbitos sobre los que se ancla su concepto de resiliencia.

Estas definiciones comparten entre sí la necesaria interacción que se produce entre los factores internos y externos que generan la adversidad paliada mediante la adaptación de la persona que se enlaza al aprendizaje, siendo estos los elementos fundamentales de la resiliencia.

#### **4.4. Enfoques metodológicos**

Tradicionalmente el abordaje de la residencia se ha orientado bajo dos perspectivas, la centrada en las variables y la que se focaliza sobre las características personales; en el estudio circunscrito en torno a las *variables* se pone de manifiesto la existencia de factores de riesgo y factores de protección que, de acuerdo con Masten (2006) pueden compensarse entre sí, siendo este el enfoque principal adoptado en las intervenciones. De esta forma, el efecto compensatorio existente entre ambos espectros daría como resultado el retorno al equilibrio de la persona.

Frente a estos estudios, las investigaciones que se orientan sobre el estudio de la *persona* tienden a contrastar la resiliencia entre varios contextos atendiendo a las particularidades que tienen lugar en cada uno de los ámbitos en los que la persona habita y estudiando sus respuestas adaptativas ante sus obstáculos.

Conjuntamente, existen exploraciones que atienden a ambas dimensiones u enfoques, configurándose estos estudios para abordar simultáneamente las competencias personales y los factores del entorno, siendo este tipo de investigaciones las más completas por permitir extraer información tanto sobre los factores individuales como contextuales. En esta tesis doctoral el estudio del mencionado constructo se orientará hacia las características personales.

#### 4.5. Modelo teórico de resiliencia de Richardson

Los estudios teóricos que se han diseñado por investigadores en diferentes momentos han sustentado la evolución del concepto de resiliencia mediante la integración progresiva de distintas descripciones y los resultados de las aplicaciones (Becoña, 2006).

A finales de los 80 el modelo de resiliencia ecológico-transaccional de Brofenbrenner afrontaba el estudio de la resiliencia a partir del análisis de las influencias que la persona recibía de forma constante del entorno, describiéndose este como un cúmulo de esferas de las que aquella participaba y que constituían su ecosistema. Bajo este modelo los factores de protección pueden germinar desde cualquiera de los sistemas de los que participa, siendo las interacciones con su entorno las que fortalecen su resiliencia (Waller, 2001).

Posteriormente, el estudio de la resiliencia desde una perspectiva teórica recibió un impulso muy notorio a partir de las aportaciones de Richardson et al. (1990), bajo el que se plantea desde un posicionamiento cercano a las teorías del estrés un análisis en torno al proceso de adquisición de la resiliencia como un proceso al que se somete la persona, que puede determinarse de forma consciente o inconsciente y mediante el que escogen los resultados que obtendrán ante la interacción con los estresores a los que se enfrentan.

La clave del modo de resiliencia de estos autores reside en el hecho de que todos tenemos la capacidad para ser resilientes, es decir, poseemos los recursos para desarrollar el proceso de resiliencia pero, además, siempre estamos amenazados por factores de estrés (Villalba, 2004). Para Richardson et al. (1990), la persona tiene cuatro vías por las que puede optar y puede salir fortalecida de las adversidades robusteciéndose o bien fracasar en su adaptación a los factores que han intervenido, dando como resultado la *reintegración* o bien la ruptura del equilibrio así: 1) la *reintegración resiliente*, 2) la *reintegración que vuelve a la homeostasis*, 3) la *recuperación con pérdida*, y 4) la *reintegración disfuncional*. De acuerdo con este modelo, en el momento en que una persona debe enfrentarse a una situación adversa, no hay una única forma posible de salir adelante. No todos hacen frente a una situación de la misma manera y no todos salen dañados, pero tampoco todos salen ilesos.

Más adelante Richardson (2002), equipara la motivación (energía) a resiliencia y explica que la reintegración resiliente requiere de un incremento de la motivación a crecer tras la adversidad. Dicha motivación proviene del propio ecosistema y de la resiliencia que es una capacidad que

está en cada ser humano. La motivación puede provenir, por ejemplo, del encuentro con un ser querido o de disfrutar de la naturaleza, o de recibir una buena noticia. En este sentido, las fuentes ecológicas favorecen resiliencia en las personas.

La aplicación de los modelos de resiliencia en la práctica se ha circunscrito especialmente sobre el ámbito educativo, en torno al que se ha tratado de generar respuestas para reforzar la resiliencia y desarrollar estrategias de intervención.

Además de los estudios de Kobasa (1979); Rutter (1985) y Lyons (1991); este modelo de resiliencia ha servido como base teórica a Connor y Davidson (2003), para operacionalizar el concepto y definirlo como un conjunto de capacidades que influyen sobre la capacidad de recuperación y de adaptación que despliega sus efectos ante las circunstancias particulares a las que se enfrenta cada uno, conectándose con cuatro resultados: 1) el aprovechamiento de la adversidad como oportunidad para el crecimiento; 2) el retorno al estadio previo a la aparición del obstáculo; 3) el retorno a un nivel de adaptación menor al que se tenía antes de incidir sobre la persona las dificultades aparecidas, pero implican una pérdida; o bien, 4) el desarrollo de conductas desadaptativas. En el siguiente apartado se describe la *Connor y Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*, construida por los mismos autores.

#### **4.6. La resiliencia como medida global de salud: Connor y Davidson Resilience Scale (CD-RISC)**

La *Connor y Davidson Resilience Scale (CD-RISC)* constituye un instrumento para la cuantificación de la resiliencia, entendida como una capacidad que puede ser evaluada. A través de la *CD-RISC*, se obtienen valores que pueden compararse entre distintas personas y se relacionan con la salud global y mental de la persona ya que las personas que padecen trastornos mentales se caracterizan por gozar de niveles más bajos de resiliencia que el resto de la población.

Esta herramienta se apoya teóricamente sobre las aportaciones de Connor y Davidson sobre la superación traumática y la teoría de la motivación de Richardson (2002) explicado en el anterior apartado. Para Connor y Davison (2003), las conductas resilientes se generan de forma interna o externa y a través de estas se obtiene el crecimiento personal entendido como una fortaleza adquirida.

En la *CD-RISC* se integran cinco elementos a partir de los cuales pueden identificarse las conductas resilientes y determinar la intervención que puede aplicarse para trabajar la resiliencia, sobre la que se puede incidir a través de tratamiento farmacológico y terapéutico:

- I. Competencia personal, tenacidad.
- II. Confianza en la intuición, tolerancia a los afectos negativos.
- III. Aceptación positiva al cambio y relaciones seguras con los demás.
- IV. Control.
- V. Espiritualidad.

Basándose en estos descubrimientos, Vaishnavi, Connor y Davidson (2007) propusieron intervenir mediante tratamiento farmacológico para aumentar la resiliencia y modificarla.

Las investigaciones que se han llevado a cabo sobre resiliencia y salud han obtenido una relación positiva entre aquella y las siguientes variables: el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, la autoestima, la capacidad de adaptación, el apoyo social y los afectos positivos (Alvarado de Rattia, 2013; Karairmak, 2010); por el contrario, se ha encontrado que existe una relación negativa entre la resiliencia y la ansiedad y el estrés.

Por otro lado, Yu y Zhang (2007) han analizado la posibilidad de que la *CD-RISC* pueda trasladarse a otros contextos culturales, mostrando la capacidad de medir dicho constructo también en países de Oriente a partir de esta escala, realizando previamente algunas modificaciones para garantizar la comprensión y romper las brechas culturales existentes. Igualmente, la consistencia de esta escala ha sido estudiada por Khoshouei (2009) que apunta en idéntica dirección, quedando probada la validez y consistencia de este instrumento. Más adelante en la **Tabla 24**, se muestran los descriptivos de estudios previos que han utilizado esta escala.



#### 4.7. Investigaciones sobre la resiliencia en adolescentes: diferencias de edad y sexo

La investigación en torno a la resiliencia en población adolescente se ha desarrollado a partir del estudio en diversos contextos de la capacidad de adaptación (Iraurgi et al., 2012). La adolescencia es la etapa vital durante la que el estudio de la resiliencia puede arrojar más matices (Rodríguez, 2009), lo que ha llevado a un auge de la investigación sobre esta área. De acuerdo con Vinaccia, Quiceno y Moreno (2007), es necesario que la investigación delimite por edades las distintas fases de la adolescencia para permitir que entre los resultados se puedan establecer comparaciones; asimismo, estos autores consideran la necesidad de dirigir más investigaciones sobre la vinculación de la salud y la resiliencia durante la adolescencia, analizando las distintas estrategias de afrontamiento que se adoptan.

Durante los últimos años el estudio de la resiliencia en población infanto-juvenil ha sido constante, siendo necesario para que se pueda indicar que una persona es resiliente, de acuerdo con González-Torres y Artuch (2014), que esté expuesta a riesgos o amenazas y que su capacidad de adaptación es positiva, entendiéndose por tanto en términos de habilidad. Artuch (2013) halló que la resiliencia en niños y adolescentes se anclaba sobre un cúmulo de competencias, capacidades y expectativas propias, identificando entre otros la empatía, las habilidades comunicativas, el sentido del humor, la capacidad de planificación, la autonomía y la iniciativa individual que intervenían junto a ciertos factores de protección externa.

En esta misma línea, Fergus y Zimmerman (2005) establecen que cada adolescente generará una respuesta independiente ante los estresores basada en sus capacidades, la interpretación que haga del evento, su edad y el género. Respecto al género, Zapata (citado en González-Torres y Artuch, 2014) advierte que la población femenina desarrolla estrategias de afrontamiento basadas en el evento acontecido por otro lado, Sagone y De Caroli (2014) consideran que las chicas resilientes se apoyan sobre el entorno social y adoptan tácticas centradas en los sentimientos y las emociones.

Como frente a muchos otros constructos que evalúan aspectos psicosociales, un aspecto contradictorio es el relacionado con el nivel de resiliencia y el sexo, ya que algunos autores reportan que existen diferencias entre hombres y mujeres (Nygren et al., 2005), mientras que otros asumen que no existen (Walter-Ginzburga, Shmotkina, Blumsteinb & Shoreka, 2005). Por ejemplo, Sagone y De Caroli (2014) encuentran diferencias en el afrontamiento de los estresores

entre chicos y chicas. Leary y DeRosier (2012), no encuentran diferencias según sexo en un estudio realizado en Pennsylvania con adolescentes de diferentes culturas que muestran resultados positivos en resiliencia a pesar de estar sometidos al estrés por la transición de la escuela secundaria a la universidad. Asimismo, en Alonso et., al (2016) no se indican diferencias de sexo ni de edad en relación con este constructo. De acuerdo con Rodríguez-Fernández et al. (2015), existe una relación positiva entre autoconcepto y resiliencia y apoyo social y resiliencia que no encuentra diferencias entre sexos durante las edades entre 12 y 15 años. También apuntan hacia esta misma dirección los resultados obtenidos por Prado y Del Águila (2003), que en un estudio desarrollado sobre población adolescente con edades comprendidas entre 12 y 14 años, no encontraron diferencias respecto a resiliencia, aunque sí apreciaron la distinción en el tipo de interacciones sociales que chicos y chicas mantienen. Los resultados de su estudio muestran cómo las chicas obtienen puntuaciones superiores a los chicos en ámbitos vinculados al *sentido del humor, las interacciones con los demás, valores morales y la creatividad*, a diferencia de los varones que destacan en esferas como *la independencia y la iniciativa personal*.

Los autores explican que en ausencia de diferencias en las puntuaciones globales obtenidas por chicos y chicas, se constatan los postulados teóricos de Rutter que establece tres ámbitos desde los que emerge la resiliencia: habilidades sociales, ambiente propicio y fortalezas internas, que, de acuerdo con Prado y Del Águila, (2003) tenderían a compensarse entre sí, lo que implica que no puedan observarse diferencias de género. Estas mismas tres esferas han sido expuestas por Bustos (2013).

Dentro de los estudios que reportan diferencias de sexo se reseñan varios que han evaluado el constructo con la CD-RISC como la investigación de Li (2008) sobre estrés, apego seguro y resiliencia en estudiantes universitarios, mostrando hombres niveles más altos de resiliencia y menos estrés comparados con las chicas. En Yu, Lau, Mak, Zhang & Lui (2011), en un estudio que evaluó la estructura factorial y propiedades psicométricas de la versión china de la (CD-RISC) con población adolescente, los chicos reportaron mayores niveles de resiliencia que las chicas y el efecto de la interacción entre el sexo y la edad no fue significativo.

Por su parte, Connor y Davidson (2003) en los análisis de la edad y el sexo en la versión original de la CD-RISC, realizados en población adulta general y clínica, no encontraron diferencias por sexo y no hubo correlación entre la edad y la puntuación total de la CD-RISC ( $r =$

.06). Recientemente, López-Cortón (2015), en un estudio sobre procesos resilientes en la etapa universitaria, mostró una relación significativa del sexo que favorece a los chicos frente en los factores *Confianza y Fortaleza frente al Estrés*.

Con otros instrumentos de medida de resiliencia, Zabala, Valdez y González-Arratia (2008), en un estudio con adolescentes mejicanos, constataron que la resiliencia es mayor en los varones, siendo destacable que en el caso de las chicas, estas necesitan un apoyo externo para ser resilientes. Tal y cómo explican, el género predispone al varón hacia una mayor independencia, mientras que en el caso de las chicas dependen de los apoyos de su entorno para ser resilientes, lo que explican basándose en los estereotipos de género que aún hoy se reproducen en todas las sociedades. Para estos autores, la resiliencia tiene que ser interpretada atendiendo al contexto sobre el que se estudia porque entre la población adolescente el entorno podría matizar los resultados que se obtienen respecto a esta variable.

Johnson (2011) encontró que los hombres eran más resilientes frente a los eventos estresantes de la vida que las mujeres. Quiceno y Vinaccia (2014), en una investigación con 686 adolescentes colombianos de entre 12 y 16 años, hallaron diferencias según el sexo a favor de los chicos. En el mismo sentido, explica Grotberg (citado en Morales y Díaz, 2011), que existen diferencias de género en el afrontamiento motivadas por la mayor necesidad de apego de las chicas que les incita a desarrollar sus habilidades sociales y comunicativas para buscar soporte en el grupo social, frente a los chicos, que no dependen del apego social debido a los distintos modelos de socialización de los que participan, que les condiciona a comprender bajo dos perspectivas diferenciadas la importancia de las redes de apoyo social. Por su parte, Morales y Díaz (2011) explican que durante la adolescencia la variable sexo puede ser considerada un factor de protección para las chicas y, por el contrario, un factor de riesgo para los varones, circunstancia que viene determinada por las diferentes expectativas que por razón de sexo se atribuyen a cada género.

González Arratia (2011) evaluó la resiliencia con el *Cuestionario de Resiliencia* para niños y adolescentes que mide factores específicos de la resiliencia basada en las teorías de Grotberg (1995), la autora ha encontrado que las mujeres puntúan más alto en el factor protector externo en las diferentes edades, mientras que los hombres la puntuación es en el factor protector interno. En este sentido, las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un apoyo externo

significativo o de dependencia. Sin embargo; también existe evidencia de investigaciones cuyos resultados apuntan a mayores niveles de resiliencia en las mujeres (Kotliarenko, Cáceres & Fontecilla, 1997; Vera, 2004).

En relación con la edad, las investigación señalan que los factores que subyacen a la resiliencia se conservan hasta el final del ciclo vital e incluso se afirma que la resiliencia tiende a aumentar progresivamente en el transcurso de la vida (Becoña, 2006; Nygren et al., 2005).

En un estudio sobre la salud física y psicológica de adolescentes expuestos a violencia de género, se indicó un efecto según el sexo, los chicos obtuvieron una mayor puntuación en resiliencia, comparados con las chicas; asimismo, se encontraron diferencias según la edad, los adolescentes jóvenes obtuvieron una mayor puntuación. De otro lado, el efecto de la interacción sexo\*edad resultó no significativo (Alvarado de Rattia, 2013).

En investigaciones con población adulta, se constató una relación significativa con la edad ( $r = .12$ ), sin embargo, esta no predijo la resiliencia (Gillespie et al., 2010). En Rivas de Mora (2012), en un estudio con población adolescente y adulta, el grupo de 16-19 años, indicó una diferencia significativa respecto al grupo de mayor edad.

En esta línea, se reseñan trabajos en los que se informan que los adultos son más resilientes con respecto a los más jóvenes (Nathan, Magai, Krivoshekova y Source, 2005). Recientemente, Gooding, Hurst, Johnson y Tarrier (2012), en un trabajo que evaluó la resiliencia en un grupo de jóvenes adultos (<26 años) y otro de adultos mayores (>64 años), se hallaron diferencias que indicaron un nivel más alto de resiliencia en el grupo de mayor edad, reportan que los adultos son el grupo más resiliente con respecto a la capacidad de regulación emocional y resolución de problemas, mientras que los jóvenes mostraron mayor capacidad de recuperación en relación con el apoyo social. En González-Arratia y Valdez (2013), en un estudio con una muestra de 607 participantes; niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores con edades entre (9 y 59 años), se hallaron diferencias significativas a favor de las mujeres en los cuatro grupos de edad, que indican mayores factores protectores internos, externos, empatía y resiliencia total, en comparación con los hombres, con excepción del factor protector interno en adultos jóvenes que resultó no significativo. Respecto a la edad, también se indican diferencias significativas a favor del grupo de adultos jóvenes. Al contrario, en Myers y Diener (1995), independientemente de la edad, los seres humanos siguen siendo igual de resilientes e igual de felices.

De acuerdo con los resultados hallados en la literatura, aunque hay discrepancias, fundamentadas en aspectos biopsicosociales, marcados por los roles de género asignados; parece que los hombres son más resilientes que las mujeres; respecto a la edad, a mayor edad, mayor resiliencia, ya que a edades más avanzadas las personas, por lo general, han sido expuestas a diversos estados y situaciones adversas que empujan al desarrollo de capacidades, potenciación de rasgos de resiliencia o activación de factores de protección para hacer frente a dichas situaciones. Desde una perspectiva positiva de la psicología, factores como la autoestima, el optimismo, el afrontamiento activo, el bienestar psicológico y el apoyo social, pueden ser promotores de la resiliencia sin diferencias de sexo o edad.

#### **4.8. Resumen**

La resiliencia constituye una cualidad propia que permite a cada uno adaptarse y salir reforzado de las situaciones a las que se enfrenta durante su experiencia vital, en la que los factores de riesgo y de protección necesitan ser gestionados; la persona, en su constante búsqueda de equilibrio arbitra los recursos que tiene a su disposición para conseguir no solo superar las adversidades, sino crecer y obtener aprendizaje a través de la experiencia que le fortalezca y le permita enfrentarse a nuevos desafíos de forma exitosa.

Durante la adolescencia la resiliencia constituye una capacidad crucial que va a facilitar a cada individuo adaptarse a su entorno y habituarse a los cambios a los que asiste, afrontándolos con éxito; en el estudio de la resiliencia sobre la adolescencia se han detectado resultados contradictorios que aconsejan seguir profundizando sobre la influencia de este constructo en esta etapa vital, mostrando los estudios una fuerte oposición; por un lado, hay investigaciones que exponen la ausencia de diferencias por sexos respecto a la resiliencia durante la adolescencia; por otro, existen estudios que demuestran y justifican las diferencias halladas basándose en el aprendizaje social diversificado al que uno y otro sexo se someten. Asimismo, se plantea la necesidad de seguir profundizando en torno a la influencia de la variable edad durante la adolescencia.

Los beneficios de la resiliencia sobre la salud han sido ampliamente demostrados, tanto sobre la salud propia como sobre la salud de las personas con las que se relaciona, así como respecto al afrontamiento de enfermedades y dolor. La *CD-RISC*, sustentada sobre las aportaciones de

Connor y Davidson cuantifica las conductas resilientes con base en cinco dimensiones sobre las que se ancla la intervención dirigida a mejorar esta capacidad. En efecto, dadas las relaciones positivas que se establecen entre la resiliencia y la salud, aquella podría constituir un eje muy interesante sobre el que afrontar el abordaje holístico de la salud, trabajando desde una perspectiva multidisciplinar.

# *Capítulo 5. Perspectiva temporal futura*

---





*Hay un único lugar donde el hoy y el ayer se encuentran, se reconocen y se abrazan. Este lugar es el mañana [...].*

Eduardo Galeano

## 5.1. Introducción

En este capítulo se describe la Perspectiva Temporal Futura, es decir, las expectativas que las personas tienen de sí mismas en el futuro y el grado en que se reflexiona acerca de las mismas (Nurmi, 1991). La reflexión en torno al espacio temporal y el conocimiento en torno a este fenómeno es una de las premisas elementales de la conducta humana (Díaz-Morales, 2006) siendo uno de los fenómenos que más se ha tratado de abordar desde la investigación social y más concretamente, desde la psicología (Nuttin, Lorion y Dumas, 1984; Nurmi, 1989), constituyendo un ámbito de investigación desde mediados del siglo XX en adelante (Vásquez, 2011).

La persona durante su vida va fijando metas que trata de alcanzar, estando estas relacionadas con su experiencia y con las expectativas que ha configurado, las cuales se vinculan a un concreto escenario temporal. De acuerdo con Sánchez-Sandoval y Verdugo (2016), la perspectiva temporal futura ejercerá su influjo sobre los objetivos vitales y la planificación que se hace para conseguirlos, siendo la adolescencia una fase especialmente importante habida cuenta de que constituye una etapa durante la que se da continuidad a la construcción de la identidad. Ya referiría Erikson (1968), que la adolescencia es un período de exploración y la hora de planificar para el futuro, emerge como una importante tarea de desarrollo.

El contenido de las metas, la búsqueda de metas y el logro de estas, se relacionan con el desarrollo adolescente, la salud y el bienestar (Massey, Gebdardth & Granefski, 2008). La influencia sobre el bienestar psicológico de las metas que las personas establecen para su vida y la forma en que las afrontan ha sido probada en reiteradas investigaciones y la estrategia que sigue cada sujeto para lograr sus objetivos es una variable de la personalidad que varía a lo largo de la vida. Pero, trascendiendo más allá, el peso de la variable tiempo influye sobre muchos aspectos más, tales como los trastornos que se padecen y el tipo de conductas que se adoptan durante la vida, esferas sobre las que la literatura aún continúa profundizando.

Acotando el estudio sobre la adolescencia que, contemplada bajo el paradigma de la PP, es una fase caracterizada por el cambio y la evolución, se reconoce la importancia del contexto a la hora de determinar las metas que las personas interiorizan, los miedos que padecen y las estrategias que siguen para dirigirse hacia sus objetivos vitales. Pensar el futuro es muy importante para los adolescentes, ya que es un momento para tomar decisiones sobre sus vidas futuras, que tendrán consecuencias a largo plazo (Massey et al., 2008).

## **5.2. Cómo las personas perciben su futuro**

Según Fraisse (1963), el futuro solo tiene lugar en la medida que parece ser realizable. «No hay futuro sin que al mismo tiempo haya un deseo por algo y una conciencia de las posibilidades de realizarlo» (pp. 173-174). Para Lewin (1948), el establecimiento de metas está íntimamente relacionado con la perspectiva del tiempo porque se construyen a través del tiempo y a su vez, crean unas expectativas relacionándolas con las motivaciones donde existe una situación actual pero se van abriendo perspectivas diferentes en el largo plazo.

Vásquez (2011) recoge la clasificación temporal establecida por Laplanche (1996) que diferencia cuatro niveles de análisis de la temporalidad que explican la perspectiva temporal: el *tiempo cosmológico*, comprendido como el ciclo natural de la vida que se marca en la naturaleza, regido por eventos como la sucesión del día y la noche o las estaciones del año; *el tiempo perceptivo*, que es aquel sobre el que se tiene conciencia y sobre el cual la persona establece sus planificaciones y organiza sus acciones, compuesto tanto por el reloj interno como por todas las percepciones que al respecto se tienen; *el tiempo de la memoria*, que está constituido por la percepción de los procesos y el tiempo en que estos se desarrollan, llevando a la persona a estructurar su vida en torno a tres dimensiones, pasado, presente y futuro y; por último, *el tiempo cultural o tiempo de la historia*, que constituye la forma en que las personas representan este elemento y el significado que le otorgan.

Por su parte, Carcelén Velarde y Martínez (2008) han destacado, al igual que Vásquez, la falta de homogeneidad en la concepción del escenario temporal que cada persona define de acuerdo a la información que posee. Para Vásquez (2011), el estudio del tiempo pasa por la integración en primera instancia, de las cuatro perspectivas temporales, cada una de las cuales interfiere sobre las demás. El estudio sobre la interacción de las cuatro formas de percibir el tiempo permite

atender a la forma en que el tiempo influye sobre la persona, esto es, qué peso tiene sobre el psiquismo. El constructo perspectiva temporal futura (en adelante PTF) codifica las relaciones que se dan entre las distintas formas de aproximarse al fenómeno tiempo y descubrir los efectos de este sobre la persona.

Nurmi y Nuttin han realizado aportaciones relevantes en relación con la influencia de la variable tiempo en la configuración de las expectativas y metas de la persona, dirigiendo la investigación desde el enfoque cognitivo-motivacional.

Para Nuttin, la idea principal es que las personas orientan sus metas hacia el futuro, siendo lo relevante la ubicación donde se limita este horizonte temporal, es decir, qué conciben las personas como futuro, que será lo que dirigirá sus conductas hacia la consecución de las metas fijadas (Nuttin et al., 1984). Para este autor, las metas son la representación interna de lo que se desea alcanzar, planteadas en un concreto escenario físico y temporal, siendo además basadas en una serie de procesos que la persona despliega en su estructura interna para tal fin. El concepto de PTF sería el resultado de la planificación de las metas que cada persona realiza, y, por consiguiente, no será homogénea, discrepando entre sí, las metas planteadas por cada persona (Carcelén Velarde y Martínez, 2008).

El concepto de metas ha sido abordado en diferentes términos, adecuándose a los objetivos de las investigaciones que se han diseñado, habiéndose identificado con los logros que se plantean alcanzar a futuro o las acciones que se prevén desarrollar. De acuerdo con Nurmi, Salmela-Aro y Aunola (2009), las metas que las personas se fijan están influidas por el contexto cultural y se alinean con los objetivos que en su escenario vital tienen sentido, lo que exige contextualizar y acotar la investigación dirigida sobre este objeto.

En esta tesis doctoral se recogen las aportaciones de Nurmi, respecto al planteamiento de metas u objetivos orientados al futuro. Su teoría hace particular énfasis en el papel del conocimiento del ciclo vital esperado o anticipado en tanto aporta información al sujeto en relación con posibles metas futuras, el contexto en el cual estas metas son realizadas y la medida en la cual la gente puede controlar la realización de las mismas. Al preguntar a los adolescentes qué objetivos o metas se plantean realizar, se explora en su perspectiva futura o en la orientación de futuro del adolescente.

El conocimiento asociado al futuro proporciona las bases para construir los intereses y planes orientados al futuro y las atribuciones y afectos relacionados con ellos. Los intereses, planes y creencias en relación con el futuro son contruidos en interacción con los otros y dentro de un contexto social que influyen directamente en cómo los adolescentes ven su futuro (Díaz-Morales, 2001).

En los siguientes apartados, se hará referencia al concepto de motivación para contextualizar el tema de la PTF y la meta como su componente.

### **5.3. La Perspectiva Temporal Futura como variable motivacional**

La perspectiva temporal está constituida por el pasado, presente y futuro cronológico y hacen parte del psiquismo humano. La PTF se configura como el grado y la forma en que el futuro cronológico se integra en el espacio de vida de la persona (Lewin, 1942) es decir, en el espacio psicológico. Nuttin (1985) y Lens (1998), definen la PTF como una variable, fundamentalmente, motivacional que hace referencia a la anticipación presente de las metas futuras. Así, en la vida de la persona la PTF surge de los procesos motivacionales y se orienta hacia el futuro y la conducta motivada se orienta hacia la meta.

La edad también influye en la intensidad de los intervalos de tiempo cronológico de la PTF; por ejemplo, ésta es mayor para las personas más jóvenes y decrece a medida que transcurre el tiempo debido a que se empiezan a realizar tareas normativas y a dar cumplimiento a un plan de vida. Nurmi relaciona la extensión temporal de los adolescentes con las metas que se plantean y encuentra que anticipan sus tareas de desarrollo en diferentes edades. El marco temporal refleja el modelo cultural del desarrollo del ciclo vital anticipado.

En la extensión de la PTF existe diferencia respecto a la longitud y profundidad, es por esto que se habla de PTF corta y PTF larga. Las personas con una PTF corta visualizan con más frecuencia el futuro inmediato, mientras que en las personas con una PTF larga, su vida temporal presente se alarga hacia un futuro lejano, estas personas pueden estar motivadas por eventos que tendrán resultados en un futuro lejano, son más persistentes en el trabajo para el logro de una meta y obtienen más satisfacción de las acciones presentes orientadas al fin; es decir, estas personas no solo están motivadas hacia las metas lejanas, sino que obtiene cierta gratificación de logros más próximos actuales que conllevan a la meta final en un futuro distante (Nuttin, 1985;

Lens, 1998). Asimismo, las personas con una PTF extensa se proponen un número medianamente alto de metas que solo podrán alcanzarse en el futuro distante, mientras que aquellos con una PTF menos amplia poseen más metas a corto o mediano plazo (Lens & Moreas, 1994).

De acuerdo con Gjesme (1981), a la motivación subyacen procesos que son conceptualizados en términos de distancia psicológica hacia momentos futuros. Las personas con una PTF larga perciben los intervalos de tiempo cronológico como más cortos, experimentan el futuro como más cercano y atribuyen un alto valor a las metas aun cuando estas solo pueden ser realizadas en un futuro distante, a diferencia que los que tienen una PTF corta. En esta misma línea, según Michel (1981), el valor incentivo que genera las metas disminuye de acuerdo a la duración temporal. Sin embargo, este decrecimiento es menor en personas con PTF larga, ya que perciben menos distante las metas a largo plazo; en este caso, el valor inventivo de las metas lejanas será mayor en cuanto más larga sea la PTF.

La PTF puede definirse, entonces, como una variable cognitiva motivacional, como la representación cognitiva de eventos futuros y como el futuro anticipado en el presente psicológico de las personas (Díaz-Morales, 2006; Lens, 1998; Thiébaud, 1998). En este sentido, el futuro está presente en el funcionamiento cognitivo de las personas, en tanto cada uno tiene una representación de lo que quiere hacer y llegar a ser, lo que se manifiesta a través de la conducta.

En resumen, cuando se habla de motivación cognitiva, se hace referencia a la conducta intencional, guiada por una representación mental del futuro. Es a partir de esta relación motivación-cognición, que el concepto de meta se ha convertido en el punto de conexión entre la motivación y la teoría de la personalidad.

### 5.3.1. La motivación como aspecto dinámico de la personalidad

Las personas a lo largo del ciclo vital persiguen constantemente metas, desarrollando planes y estrategias para alcanzarlos, lo que evidencia la capacidad de las personas para dirigir sus vidas orientando sus conductas hacia una meta determinada, dando sentido a su existencia; pero el conocimiento que tiene cada persona acerca de sus propias expectativas, tiene un papel relevante en el desarrollo de la motivación para la persona actuar en la dirección adecuada.

La teoría de la motivación muestra un punto de interés importante en los últimos años, y es que conociendo los tipos de metas que las personas se proponen en sus interacciones con el entorno, es posible la comprensión de la personalidad y la conducta social.

Este un constructo ha sido abordado, principalmente, desde tres vertientes: la biológica, la conductista y la cognitivista; esta última, se apoya en los preceptos conductistas pero trasciende el modelo mecanicista estímulo-respuesta. Entre las teorías de la motivación más destacadas se encuentran la *Teoría de la Motivación de Logro* (Atkinson, 1964) y la *Teoría de la Perspectiva de Tiempo Futuro* (Nuttin, 1982).

La *Teoría de la Motivación de Logro*, explica la motivación como una función del valor que reviste lo que se espera lograr y de la expectativa de éxito que tiene el sujeto. Según esta propuesta, el ser humano se ve sometido a dos fuerzas contrapuestas; por un lado, la motivación de éxito o logro; y por otro, la motivación de evitar el fracaso, estando cada una de estas compuestas por tres elementos (la fuerza, la expectativa o probabilidad y el valor del motivo); la dominancia de una sobre la otra, determinará el carácter o disposición orientada al logro de la persona.

Cuando se habla de motivación cognitiva, se hace referencia a la conducta intencional, orientada al futuro o dirigida a un objetivo, guiada por una representación mental del futuro. Es a partir de estos planteamientos que el concepto de meta se ha convertido en el punto de conexión entre la motivación y la teoría de la personalidad.

La *Teoría de la Perspectiva Temporal*, fue desarrollada por Nuttin (1982) quien sobre la base del cognitivismo, construye su tesis sobre la acción motivada, cuyo punto de partida, como se ha mencionado antes, es un sujeto inmerso en un ambiente percibido y concebido por él. El sujeto ejerce una acción sobre una situación actual para transformarla en una situación concebida,

guiada por el proceso motivacional que direcciona la acción. El resultado del acto será refuerzo positivo o negativo y se constituirá un nuevo punto de partida (Nuttin, 1982).

La motivación en este contexto, es definida por la activación de una tendencia, por su orientación selectiva o por la intervención de la función cognitiva; en este sentido, la meta no surge meramente de una necesidad, sino que está orientada por el conocimiento, es esto lo que le da un carácter de *intencionalidad*. Así, el proceso de desarrollo de una meta es fundamental para la motivación, tanto como el conocimiento de los efectos de una acción, lo es para la fijación de nuevas metas. Desde esta perspectiva, las personas configuran su personalidad en la medida en que instauran sus metas. Este proceso constructivo está determinado tanto por la concepción de sí mismo, como por la forma de concebir e interpretar la realidad.

De otro lado, Nuttin (1982) explica que motivación y personalidad también se asocian con el concepto de necesidad que, a fin de cuentas, es una relación ineludible entre el sujeto y el mundo para el funcionamiento óptimo, que hace referencia tanto a los aspectos biológicos como a los contruidos por el sujeto.

En la construcción de la conducta humana se reconocen tres niveles de necesidades: 1) psicofisiológicas; 2) psicosociales; y 3) espirituales, cada una se satisface en una determinada direccionalidad, una orientación impresa en el psiquismo. Sobre la base de esta orientación cada persona va construyendo su sistema motivacional en el entramado de las experiencias, fines personales y contexto social. Esta elaboración cognitiva de la necesidad dará origen a los motivos delimitados de la conducta por cada sujeto y al subsiguiente proceso de canalización de las necesidades, gracias a esto el comportamiento se desarrolla en determinadas direcciones de acuerdo con las metas que se ha propuesto (Nuttin, 1979). A partir de la estructura bipolar adquirida (yo-mundo), las necesidades se transforman desde su construcción cognitiva en fines y proyectos asumidos por el yo y, a su vez, estos van constituyendo la personalidad en el autoconcepto y la interpretación del mundo.

Resumiendo, personalidad y motivación se manifiestan en la conducta y le dan significado; y esta conducta, de acuerdo con Nuttin (1982), está regulada por las metas que cada persona se designa y que constituyen la concepción de sí mismo. A su vez, dicha conducta que es variable, dependiendo de las circunstancias y las necesidades, puede permanecer estable o cambiar; lo que explicaría la estabilidad o variabilidad de la personalidad.

### 5.3.2. Motivación intrínseca y extrínseca

Como ya se ha explicado, en el proceso motivacional son factores relevantes las metas hacia los que se dirige el comportamiento motivado y de acuerdo al origen de la fuerza que impulsa a la persona, la motivación puede ser *intrínseca* o *extrínseca*.

La motivación *intrínseca* se evidencia a través de acciones que la persona realiza por el interés que genera la propia actividad, considerada un fin en sí misma y no un medio para alcanzar otras metas, están bajo el control de la propia persona.

La motivación *extrínseca* se caracteriza como aquella que lleva a la persona a realizar una determinada acción para satisfacer otros motivos que no están directamente relacionados con la actividad en sí misma, sino más bien con la consecución de otras metas, por ejemplo, lograr reconocimiento social, evitar el fracaso y ganar algún tipo de recompensa (Lamas, 2008).

Retomado la *Teoría de la Autodeterminación* (Ryan y Deci, 2000), anteriormente citada en el capítulo 3, considera que el origen de la motivación puede ser más interno o más externo al sujeto (más o menos autodeterminado), estableciendo además de la motivación intrínseca y la extrínseca, un tercer tipo referido a la *amotivación*, referida a la falta total de motivación para la realización de actividades. Según estos planteamientos, las personas con un estilo amotivacional se definen con un perfil impersonal, incompetente e incapaz de manejar las situaciones, lo que puede generar sentimientos depresivos frente a las situaciones pasadas, y ansiedad frente a las situaciones futuras; mientras que una persona con un estilo motivacional intrínseco, se caracteriza por tener una importante capacidad de elección y control del comportamiento y una tendencia a interpretar las situaciones como promotoras de autonomía, lo que le permite organizar sus acciones y metas en función de sus intereses personales, que se refleja en sentimientos de competencia y autodeterminación.

Así como cada persona se plantea metas distintas, diferentes tipos de metas tienen un desarrollo y consecuencias diferentes (Ryan y Deci, 2000). Muchos estudios demuestran que metas intrínsecas, relacionadas con aspectos de la personalidad generan un alto bienestar y satisfacción con la vida (Rijavec, Brdar & Miljkvić, 2006, 2009). Ryan et al. (1999) informan en un estudio con estudiantes americanos y rusos que mientras el logro de las metas intrínsecas se relacionan positivamente con la salud, las metas extrínsecas no predicen la salud psicológica. Este tipo de metas son valoradas siempre y cuando haya un logro de las metas intrínsecas. En



otros estudios, el logro de objetivos es beneficioso para la salud (Bandura, 1997; Eccles y Wigfield, 2002). Brdar (2006) plantea que las metas extrínsecas tienen un efecto indirecto en el bienestar, mediado por la satisfacción de las necesidades básicas de la vida, mientras que las metas intrínsecas tienen un efecto directo en el bienestar. Sin embargo, en un estudio posterior Rijavec, Brdar & Miljkovic (2011) exploraron la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas y el bienestar, relacionados con los objetivos de vida intrínsecos y extrínsecos (importancia, logro actual y probabilidad de logro futuro) de estudiantes universitarios, y encontraron que, tanto los objetivos intrínsecos como los extrínsecos pueden contribuir al bienestar y se relacionan positivamente con las necesidades psicológicas básicas; aunque, las puntuaciones más bajas en metas intrínsecas se relacionaron con puntuaciones más bajas en bienestar y necesidades psicológicas básicas. De acuerdo con estos hallazgos, los adolescentes podrían otorgar mayor valor a las metas intrínsecas en tanto se obtienen niveles más altos de bienestar y satisfacción que los que conceden mayor valor a las extrínsecas.

En otros estudios, se muestran diferencias de sexo, siendo las chicas quienes otorgan mayor valor a las metas intrínsecas comparadas con los chicos (Chan & Joseph, 2000; Kasser & Ryan, 1996).

En general, se podría afirmar que el simple hecho de tener metas o tener recursos para lograrlas no es una garantía de que la persona manifieste bienestar. Determinadas metas pueden influir positiva o negativamente en la satisfacción personal, dependiendo de su contenido, de la edad, del contexto de cada persona. La motivación intrínseca es la que más contribuye al logro del bienestar pero tanto el bienestar psicológico como la satisfacción con la vida se asocian con la motivación.

### **5.3.3. Las metas como componente de la Perspectiva Temporal Futura**

Lindfors, Solantaus y Rimpelä (2012) muestran que el conocimiento de las expectativas de una población brinda información muy relevante no solo sobre el presente de las personas que forman parte de esta, sino también en torno al futuro, señalando la dirección hacia la que las personas plantean orientarse.

En la literatura existe un acuerdo respecto a que la adolescencia es un momento propicio para el conocimiento del contenido, valoración y evaluación de las metas, ya que es un momento de

consolidación de procesos biopsicosociales, construcción y reafirmación de la identidad, afianzamiento de valores y creación de planes a futuro. Así, por ejemplo, Massey et al. (2008) exponen que la adolescencia es la fase durante la que las personas establecen sus metas, comenzando en esta etapa la planificación de la estrategia que se empleará para conducir la conquista de tales objetivos para lo que adoptarán un rol en el marco del proceso de creación de identidad en el que se encuentran. Asimismo, para Sánchez-Sandoval y Verdugo (2016), la adolescencia es el momento vital durante el que se adquiere una clara orientación hacia el futuro, iniciándose la persona en las labores de planificación sobre esta esfera temporal. Para estos autores, la consideración de esta nueva dimensión conducirá a la persona a asumir sus metas y transformar su proceso interno de toma de decisiones.

En una amplia revisión de la literatura, Massey et al. (2008) se han referido a la intensa producción teórica que se ha generado en este campo y las distintas explicaciones ofrecidas para concatenar la acción con su resultado, medido en términos de consecución de metas. Para estos autores, aunque las investigaciones han recibido diseños metodológicos distintos, se comparte la aproximación conceptual bajo los distintos enfoques desde los que se considera que las metas actúan como un elemento motivacional clave para comprender las conductas establecidas por la persona; es decir, la meta es el punto de conexión entre la teoría de la motivación y la teoría de la personalidad. Relación que se describe en el siguiente apartado.

#### **5.4. Teoría Relacional de la Personalidad de Nuttin**

Teniendo en cuenta que el cuestionario de metas de Nurmi y el modelo de PTF de Thiébaud, utilizados en esta tesis doctoral, y que se estructuran sobre la base de las teorías de Nuttin, se hace necesario retomar algunos conceptos para el posterior entendimiento de los modelos.

Para Nuttin, la personalidad es una estructura que va mas allá de su organización interna; es la manera en que se manifiesta el funcionamiento psíquico de cada hombre, que se caracteriza por dar unidad e identidad a través del cambio y del tiempo. En este sentido, afirma Nuttin (1973): «Es una estructura que se configura en dos polos: yo-mundo (organismo-medio). El *yo*, configura un conjunto de funciones y potencialidades psíquicas y, *el mundo*, es el objeto al que se dirige el funcionamiento psíquico» (p. 192). Estas dos entidades interaccionan y se potencian constantemente. El mundo del que habla Nuttin no es una realidad externa al sujeto, si no que

constituye el contenido de la vida psíquica personalizada. Personalidad y mundo coexisten y se vinculan; en este dinamismo la persona actúa sobre el mundo y los objetos a través de las funciones cognoscitivas en un proceso de adaptación activo, en el que la actividad psíquica produce situaciones significantes y nuevas construcciones del mundo. En este dinamismo, también se generan conflictos que se vinculan en la actualización o autodesarrollo, lo que promueve el deseo de superación. En definitiva, las percepciones y necesidades «crean» activamente los objetos del mundo, y este, a su vez, los provee para que puedan ser «personalizados» e incorporados.

Es a partir de estos planteamientos que Nuttin habla de una concepción relacional de la personalidad y la motivación; explica como la personalidad y las necesidades, que dan origen a la motivación, se configuran por la aticulacion con el contexto, es decir, gracias a la relación del sujeto con el ambiente, y afirma: «el hombre es el hijo del tiempo y el espacio en el que vive, permitiendo comprender lo que activa y dirige su conducta» (Nuttin, 1973: 65). En este entramado de procesos que se retroalimentan, el autor explica la motivación a partir de la teoría de la PTF en la que se estructura la teoría de la personalidad por la función determinante de la temporalidad, en especial por la dimensión de futuro.

Sobre las bases de esta teoría, Nuttin (1985) desarrolló el *Método de Inducción Motivacional* (MIM) para medir los objetos motivacionales, su localización temporal, la extensión total de la PT y su densidad. Mediante una serie de frases, las personas expresan verbalmente sus metas . Las respuestas se clasifican en categorías de objetos y relaciones (Sí mismo, Autorrealización, Contacto, Realización, Exploración, Trascendencia, Posesiones y Diversión).

A partir de este método han surgido otras propuestas como las de Nurmi (1989) y Thiébaud (1997) que se explican en el siguiente apartado y que son la base de la evaluación de la PTF en esta tesis doctoral.

## 5.5. Modelos operativos de la Perspectiva Temporal Futura (Thiébaut y Nurmi)

En los siguientes apartados se explican la Perspectiva Temporal de Thiébaut (1997) y la teoría de la Autodirección del Ciclo Vital de Nurmi (1989), que fueron adaptadas por Díaz-Morales (2001) para la evaluación de la PTF en adolescentes.

### 5.5.1. Perspectiva Temporal Futura de Thiébaut

Thiébaut persiguió hallar un modelo teórico a través del cual fuera posible definir en qué consiste la perspectiva temporal (Vásquez, 2011). La aportación más importante del autor a la teoría de la PT, es el análisis crítico sobre los estudios y medidas previas. Primero, abre paso a la claridad del concepto; ya que es un objeto de estudio que presenta confusiones en su definición y operacionalización. Rescata los aportes de la teoría del *Método de Inducción Motivacional* (MIM) de Nuttin antes descrito y los aportes sobre las dimensiones de coherencia o realismo referida al anclaje contextual de Hoornaert (1973). Sin embargo, se opone a la propuesta de Nuttin que considera la *extensión temporal* como una dimensión esencial de la PT, este autor la estima como una característica de la tarea experimental, no de la persona, ya que las personas con ideas o planes a futuro poco definidos pueden estimar extensiones temporales futuras más largas que alguien con contenidos a futuro más concretos. De otro lado, sugiere que esta dimensión haría parte del componente *nitidez* de la perspectiva temporal futura (Vásquez, 2011). En segundo lugar, intenta unificar las principales dimensiones que contiene el concepto y realiza un análisis de validez convergente de los instrumentos de medida existentes, que engloban diferentes variables de tipo social, de la personalidad, de diferencias interculturales, entre otras. Thiébaut encuentra que las medidas entre los diferentes instrumentos no son equivalentes, debido a las discrepancias existentes en cuanto a la dimensionalidad y a la conceptualización del constructo en relación con otros conceptos. Finalmente, en tercer lugar, este autor se agota a la medida del concepto de PT del modelo teórico de Nurmi (1989), señalando algunas limitaciones y añade una cuarta dimensión que incluye en su *Théorie définitoire de la perspective temporelle*.

Este modelo presenta una adecuación entre el sistema teórico y empírico y contiene cuatro dimensiones: la *afectividad*, referida a la valencia emocional sobre el plano temporal; la *densidad*, es decir, la cuantificación de acciones que se pretende llevar a cabo en un determinado momento; la *nitidez*, que se refiere a la claridad, entendida como la capacidad de la persona para

concebir de forma reflexiva los proyectos planificados y ordenarlos en el tiempo y el futuro en sí mismo. Según González y Daura (2012), esta dimensión tiene diversos matices, puede entenderse también como realismo, ya que se refiere tanto a la probabilidad de realización futura de metas proyectadas en cuanto a la existencia de nexos entre las metas ubicadas a lo largo del tiempo como al carácter más real o ilusorio que tengan las metas. Es de anotar que las diversas significaciones son interdependientes. Por último, la *continuidad temporal*, que constituye el paralelismo que la persona traza entre lo pasado y lo presente.

De acuerdo con Thiébaud, la función de la PT sería que la persona tuviera disponibles, a nivel mental, contenidos que no posee en la realidad inmediata o externa a esta, en tanto que dichos contenidos son futuros y pueden ser tanto posibles como imposibles o imaginarios.

El constructo PTF constituye una dimensión más en la vida mental del sujeto que influye a la hora de determinar las conductas que se desarrollan y que tiene una intencionalidad; en este escenario, la persona desarrollará una estrategia adaptativa, basada en la anticipación o en situaciones vividas en un entorno determinado. De acuerdo con estos mecanismos de adaptación, la planificación y la evaluación de las acciones y proyectos buscan *asimilar* las situaciones a las que se enfrentan, o *acomodarse* a estas, teniendo en cuenta que existen diferencias en los estilos de adaptación en cada persona. El autor se apoya en la teoría piagetina de la adaptación como proceso cambiante del desarrollo cognitivo que oscila entre la estabilidad y el cambio y que permite a la persona aproximarse y lograr un ajuste dinámico con el medio. Este proceso siempre está atravesado por dos elementos básicos: la *asimilación* y la *acomodación*; el primero, consiste en la interiorización de los objetos dentro de los esquemas de comportamiento que son la estructura de acciones que el hombre puede reproducir activamente en la realidad (Piaget, 1972), es decir, la incorporación de la información de la experiencia en las estructuras preexistentes del sujeto. El segundo elemento, implica una modificación de la organización actual en respuesta a las demandas del medio. Es el proceso mediante el cual el sujeto se ajusta a las condiciones externas. La acomodación no solo aparece como necesidad de someterse al medio, sino que se hace necesaria también en la coordinación de los diversos esquemas de asimilación (Piaget, 1972).

En la propuesta de Thiébaud, la inclusión de la evaluación de las estrategias de adaptación, tiene como objetivo analizar el papel de ellas en la elaboración de intenciones comportamentales.

Los contenidos del futuro son más o menos estructurados según que la adaptación del sujeto se realice *a priori* o *a posteriori*. Es la representación de las posibilidades de cambiar ciertas situaciones o de adaptarse a ellas, lo que denomina *estrategias de adaptación* (a priori y a posteriori). Por *estrategias de adaptación a priori* se entiende el comportamiento del sujeto que prima la asimilación, es decir, que persiste en sus intenciones y estrategias para lograr sus objetivos independientemente de las circunstancias del entorno. Por *estrategias de adaptación a posteriori* se entiende el comportamiento de la persona que prima la acomodación, es decir, que adapta sus objetivos a las circunstancias del entorno (Trommsdorff, 1994). También integra, a estos dos procesos de adaptación, el locus de control *interno* y *externo*; argumentando que la persona puede adaptarse al futuro anticipándose a él (adaptación a priori) y situar la causa de su comportamiento en uno mismo o en el entorno (locus de control interno o externo). Respecto a la dimensión de las estrategias para el logro de metas, Trommsdorff (1994), argumenta en su teoría sobre el control de la orientación temporal, que las personas pueden diferenciar con respecto a sus creencias sobre cómo los objetivos pueden alcanzarse; así, una persona puede tener una creencia en el control por medio de la modificación del entorno según los propios objetivos (control primario); mientras que otra tiene la creencia en el control por medio de cambiar los propios objetivos de acuerdo con las condiciones del entorno (control secundario). Otros autores asocian el control primario al *asimilativo* y el control secundario al *acomodativo* (Weisz, Rothbaum & Blackburn, 1984). El control asimilativo es necesario para influir activamente en el propio entorno; mientras que, el acomodativo, es necesario cuando se reevalúa la propia identidad o el sistema de valores. Este tipo de control permite que una persona renuncie a objetivos que están fuera de su alcance sin experimentar una pérdida de control y es útil para superar frustraciones y considerar objetivos alternativos más viables y posibles de alcanzar (Trommsdorff, 1994). Este mismo autor, supone que la preferencia por el control primario respecto al control secundario, depende de la etapa de desarrollo vital. Probablemente, en la adolescencia, puede parecer más realista creer en el control primario, mientras que en la edad adulta y la vejez, el control secundario y la acomodación a las limitaciones dadas pueden ser más apropiados. Partiendo de la teoría del ciclo vital, se podría explicar que en edades más avanzadas, la inversión de recursos pasados y las restricciones que trae consigo la edad, reducen el atractivo por nuevos intereses (Trommsdorff, 1994). En este sentido, se esperaría en las

personas mayores una inversión más selectiva para compensar las oportunidades perdidas y un control más secundario o acomodativo.

### 5.5.2. Teoría de la Autodirección del Ciclo Vital de Nurmi

Este autor se centra en la PTF, encuadrando el concepto en el contexto del desarrollo humano, y asociándolo con los diferentes momentos evolutivos, y considerando el contexto sociocultural en el que tiene lugar. Advierte que cada etapa del ciclo vital lleva asociados unos roles y unas tareas de desarrollo, que influyen en las metas que planifican las personas.

Nurmi (1989, 1991), propone un modelo teórico en el que la orientación hacia los eventos futuros constituyen un aspecto central en el pensamiento y la conducta de las personas. Señala que la PTF es un proceso psicológico complejo y multidimensional, compuesto por diferentes etapas y la define como las expectativas que las personas tienen de sí mismas en el futuro y el grado en que se reflexiona acerca de las mismas.

Este modelo es el resultado de la conjunción de los pilares teóricos asentados por Nuttin respecto a la teoría de la acción, sobre los que integra conceptos procedentes de la psicología cognitiva de Bandura (1986) y el enfoque de Baltes (1987) sobre el ciclo vital; éste sugiere un marco para comprender cómo van cambiando los objetivos de los adolescentes a medida que transcurre el tiempo y van culminando fases en su desarrollo.

El modelo comprende tres procesos: elaboración de *objetivos* o *metas*, *planificación* y *evaluación prospectiva*. Algunas características importantes del modelo son: a) la persona formula sus objetivos y metas en función de su contexto social que precisa las tareas propias de cada edad; b) los procesos de formulación de los objetivos se derivan de la comparación entre sus motivaciones y la anticipación de su posterior desarrollo y; c) la persona se centra en la planificación y establecimiento de estrategias para lograr los objetivos. En esta etapa interviene la percepción de las posibilidades de acción que el contexto sociocultural ofrece, ya que la orientación futura no solo se crea por factores individuales sino también por las expectativas sociales respecto a cada periodo evolutivo y las posibilidades que cada sociedad puede propiciar.

En la primera fase, se produce la *elaboración de metas* realistas a partir de la motivación de la persona en función de la anticipación de acontecimientos futuros. Las metas se construyen en la interacción de las necesidades y valores individuales con el conocimiento y la anticipación del

futuro. Nurmi plantea que en el ser humano existe un sistema de motivación jerárquico con diferentes niveles de complejidad, en función del grado de generalidad y abstracción de las metas. La organización e integración de las metas se realizaría a partir de este sistema jerárquico que combinan aspiraciones distantes con otras más próximas. De otro lado, en esta fase las metas están relacionadas directamente con las *tareas de desarrollo* propias de cada momento evolutivo, que implican normas y exigencias. Sobre esta relación se volverá en el siguiente apartado .

En este modelo, el componente motivacional comprende tanto el contenido de la meta como la extensión (longitud y profundidad) temporal futura; entendiendo que los motivos, intereses y metas de las personas están orientadas al futuro, la mayor o menor distancia temporal futura configuraría un factor determinante de la conducta motivada o dirigida a metas (Díaz Morales, 2006). Asimismo, Nurmi (1989) sugiere que la extensión temporal de las metas varía según su contenido y el período de la vida anticipado en el que es probable que se realice, como se mencionó en el apartado 5.3., sobre la PTF como variable motivacional.

Posteriormente, el momento que cada sujeto señalará como punto temporal en el que se actuará, será fijado por cada persona atendiendo a su experiencia, siendo este el segundo elemento del modelo teórico, *la planificación*. En efecto, la planificación es el proceso que conduce a la persona a integrar las tres fases a las que la teoría de la acción ha hecho referencia, que son la búsqueda de metas, la elaboración de los planes que se conecten con aquellas y la ejecución de estos. Sin embargo, la naturaleza a largo plazo de las metas, hace que sea difícil analizar la secuencia temporal de estos tres procesos y predecir a largo plazo, si las estrategias planteadas resultarán exitosas. Por ello, este componente informaría más que del proceso de planificación, del estado de la planificación en el momento presente (Díaz-Morales, 2006).

La planificación constituye, por tanto, una actividad reflexiva del sujeto bajo la que se pondera, con base en los conocimientos que se tienen sobre las metas fijadas y las propias características contextuales en las que la persona se desenvuelve, la manera en la que resulta más conveniente proyectar la acción para alcanzar resultados.

En definitiva, la planificación entendida en una doble dirección, como un proceso y como el resultado que de esta se deriva, depende de las metas fijadas y, concretamente, del componente temporal, siendo el momento que se conciba como futuro y sobre el que se haya previsto actuar, el elemento clave.



El tercer aspecto considerado por Nurmi, es la *evaluación prospectiva*, que se refiere al control que el sujeto percibe sobre el logro de sus acciones y se vincula a la teoría de la autoeficacia de Bandura (1986), según la cual la motivación y acción humanas están reguladas en gran medida por las creencias de control que implica tres tipos de expectativas: a) las expectativas de situación-resultado, en las que las consecuencias se producen por sucesos ambientales independientemente de la acción personal, b) las expectativas de acción-resultado, en las que el resultado sigue (o es consecuencia de la acción personal) c) la autoeficacia percibida, referida a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado. Es decir, hace referencia a la forma en que la persona valora la consecución de las metas que se había fijado, las expectativas respecto a los logros del futuro. Esta evaluación depende de los planes construidos de acuerdo a la condición presente y a las habilidades y capacidades que cada persona tiene para lograr sus objetivos. Como resultado de esta evaluación, la persona realiza atribuciones causales anticipadas de sus metas (concepto adoptado de la teoría de Weiner) y se produce una respuesta afectiva en relación con dichas metas y acontecimientos futuros. Según la teoría de Weiner (1980), la atribución de un suceso a unas causas particulares genera unas emociones determinadas. Así, atribuir un resultado positivo futuro a causas internas genera una sensación de optimismo y facilita la acción.

La evaluación del contenido de las metas puede hacerse desde varias perspectivas; basada en la *perspectiva de las tareas vitales* (Cantor & Zirkel, 1990), en la *perspectiva de los papeles sociales* (Sheldon & Elliot, 2000), o en la *perspectiva de la frecuencia de las metas* de cada grupo evaluado, inscrita en la teoría de la autodirección del ciclo vital (Díaz-Morales, 2001; Martinnen y Salmela-Aro, 2012; Salmela-Aro & Nurmi, 1997). Este método también fue seguido por (Palys & Little, 1983; Emmons, 1986). El criterio de agrupación de metas en categorías es derivado de los datos obtenidos en el estudio del que se trate y garantiza no perder de vista las peculiaridades del grupo evaluado. Se trata de un procedimiento idiográfico (abierto), en este caso de metas, que permite comprender las metas descritas espontáneamente por los adolescentes. Este ha sido el procedimiento de análisis de las metas personales utilizado en esta tesis doctoral.

Es importante aclarar que, aunque el modelo de tres componentes de Nurmi ha sido contrastado en población adolescente (Nurmi, 1989; Thiébaud, 2000; Díaz-Morales 2006) y adulta (Nurmi, 1993), en general, los trabajos se han detenido más en el análisis del componente motivacional y menos en el análisis detallado de todas las dimensiones del instrumento.

## **5.6. Tareas de desarrollo y contenido de metas en los adolescentes y PTF**

Las tareas evolutivas de la adolescencia, especialmente la configuración de la identidad, y el logro de autonomía, amplían los ámbitos de elección y decisión de los adolescentes, lo que conlleva el aprendizaje de la autodirección y regulación de su comportamiento hacia la consecución de metas significativas.

Desde el enfoque del ciclo vital de Baltes (1987), se entiende que más allá de la influencia biológica, la cultura también es proveedora primordial en la configuración de las líneas evolutivas posibles a lo largo de toda la vida. Este marco biológico y sociocultural proporciona a la persona una serie de restricciones culturales que hacen referencia a la idea de tarea evolutiva entendida como *las metas a conseguir en determinados momentos de la vida*, pero también ofrece instrumentos y posibilidades que permiten a la persona ampliar su horizonte evolutivo, su potencialidad como seres humanos, compensado o superando ciertas restricciones biológicas.

Así, a lo largo del ciclo vital se suceden una serie de tareas vitales, que se acompañan de expectativas que cambian de acuerdo a la edad, dichas tareas y expectativas proporcionan coherencia y continuidad a la vida. A saber, las diferentes culturas proporcionan pautas que especifican cómo ha de ser un ciclo vital normativo, pautas que incluyen tanto elementos *descriptivos* (lo que se sucede en diferentes fases de la vida), como *prescriptivos* (lo que deberíamos tener, cómo deberíamos ser, etc.). En este sentido, personas pertenecientes a una misma cultura tendrían esquemas similares a cerca de cómo debería ser su desarrollo evolutivo y sus metas en determinados periodos de edad. Estas metas abarcan dominios evolutivos como la familia, la formación, el trabajo, etc.

En la medida que la persona asume y elabora dichos esquemas, éstos servirán para orientar el comportamiento que va a configurar las decisiones que tome. De otra parte, estas metas actúan como patrón de comparación para valorar el desarrollo personal. Sin embargo, estas pautas culturales no son absolutamente determinantes, es decir, permiten cierta variabilidad, son

flexibles, aunque en algunas culturas más que en otras. En consecuencia, es posible que una persona pueda querer conseguir metas no normativas, o puede aspirar a metas bien ponderadas culturalmente, pero no contempladas para determinado momento evolutivo.

Al respecto, según Caspi (1997), las personas que se proponen metas relacionadas con las tareas de desarrollo propias de su edad, experimentan más sucesos vitales positivos que las que las personas que están «fuera de tiempo», es decir, que se proponen metas muy discrepantes respecto al grupo etario al que pertenece. Entendido esto, cuando los acontecimientos propios de una determinada etapa suceden demasiado pronto o demasiado tarde respecto a lo que es socialmente esperado, pueden afectar negativamente a la experiencia del bienestar psicológico.

Retomado el modelo de Nurmi (1989), el autor sugiere que las metas personales que responden a tareas del desarrollo de una etapa particular de la vida, son adaptativas en la dirección de la propia vida y, por tanto, contribuyen al sentido de bienestar; asimismo, las situaciones vitales normativas por las que pasa el sujeto proporcionan el contexto en el que construye sus metas e intereses. Por ejemplo, el estar soltero puede evocar metas relacionadas con uno mismo, o el hecho de estar haciendo una carrera universitaria puede motivar objetivos y estudios de postgrado (Salmela-Aro y Nurmi, 1997).

De acuerdo con Nurmi (2001), las metas e intereses de los adolescentes se inscriben dentro de las tareas normativas de desarrollo y apoyado en el enfoque del ciclo vital de Baltes, propone un «prototipo cultural» sobre el que pueden generalizarse las metas de la población adolescente, formado por un conjunto de metas que se alcanzan de forma sucesiva; en primer lugar, las académicas, posteriormente las profesionales y sociales y, por último, las económicas. Así, dichas tareas durante la adolescencia tardía incluyen: la formación de la identidad, hacer la elección de carrera y lograr independencia de los padres. En los inicios de la adultez las tareas de desarrollo normativas están relacionadas con el matrimonio, tener hijos, trabajo y posesiones o cosas materiales. Ahora bien, el contenido de los intereses, metas u objetivos que se plantean las personas varían de acuerdo con un número de factores como pueden ser la edad, cultura, sexo, nivel de educación y estatus socioeconómico (Nurmi, Poole & Seginer, 1995).

Este modelo ha sido constatado en diversos estudios, en diferentes culturas y en variados grupos etarios. De acuerdo con los estudios centrados en la PTF de los adolescentes, Massey et al. (2008) encontró que estos reportan metas personales en una variedad de dominios y el

contenido, la búsqueda y el logro de las metas, se relaciona con el desarrollo adolescente, la salud y el bienestar. Asimismo, según Sánchez-Sandoval y Verdugo (2016), los intereses de los adolescentes con respecto a su futuro, se relacionan con varias dimensiones y pese a las diferentes condiciones sociales, físicas, y culturales que les rodean; hay cuatro dominios comunes sobre los que se piensa la vida futura: educación, trabajo, matrimonio/familia y preocupaciones (Bandura, 2006; Nurmi, 1991). De acuerdo con Nuttin y Lens (1985): «existen categorías principales en el nivel de representación mental del sujeto, como: el *Self* (aspectos individuales), las otras personas (reciprocidad, relación), objetos económicos y realidades conceptuales (constructos y valores)» (p. 545).

En un estudio longitudinal con adolescentes de 11 a 15 años Nurmi (1989) utilizó el cuestionario de metas sobre el futuro, donde encontró que éstos se interesaban principalmente en temas educacionales, familia y posesiones materiales. Los niveles de planificación, realización y los conocimientos relativos a las metas aumentaron con la edad al igual que el optimismo con respecto al futuro, especialmente entre los varones. Estos resultados coinciden con los de trabajos posteriores de Díaz-Morales y Sánchez-López (2002), que independientemente del entorno cultural en el que la vida del adolescente se desarrolle, las metas se establecen en torno a cuatro áreas que se reproducen en cualquier escenario: el ámbito educativo, el laboral, el familiar y el personal.

En otra investigación realizada en Finlandia sobre las orientaciones motivacionales en los adolescentes y cómo contribuyen estas a su bienestar, Salmela-Aro, Vuori & Koivisto (2007), encontraron que adolescentes finlandeses con una media de edad de 15 años se enfrentan con numerosas tareas de desarrollo como retos, transiciones, cambios de rol y demandas, que les lleva a elegir y dirigir su propio desarrollo. Los autores confirmaron que las metas reflejan las tareas de desarrollo y las necesidades psicológicas básicas de Ryan y Deci (2000) referidas a la competencia, la relación y la autonomía. Educación y trabajo se refieren a las competencias; las metas de amistad y ocio, hacen referencia a la relación y; las metas de sí mismo guardan relación con aspectos de la autonomía. Respecto a la edad, encontraron que a mayor edad, el número de metas relacionadas con la amistad disminuye, mientras que las metas relacionadas con trabajo y familia, aumentan. Los adolescentes más orientados al futuro, tenían metas relacionadas con educación, trabajo y posesiones, los adolescentes con una motivación temporal actual, tenían

metas relacionadas con ocio, familia de origen y estudios actuales. Los que estaban más orientados al pasado, tenían metas relacionadas con sí mismo. Los chicos tuvieron una mayor orientación al futuro y las chicas al presente. Se corroboró que los chicos con una mayor orientación al futuro tenían mayor autoestima. Con relación a la diferencias según sexo, las chicas están más orientadas a los aspectos sociales y del sí mismo y los chicos a las posesiones y al rendimiento académico.

En otros trabajos, como se mencionó anteriormente, se ha hallado una variación en la frecuencia de acuerdo al país y a la cultura. Se ha encontrado, por ejemplo, que los adolescentes australianos describen más metas relacionadas con actividades de ocio que los finlandeses (Nurmi, Poole, Kalakoski, 1994) mientras que los japoneses conceptualizan su futuro, principalmente, en términos de logros académicos (Unemori, Omoregie y Markus, 2004). Una revisión de la investigación transcultural ha señalado que los adolescentes entre los países occidentales y orientales estuvieron de acuerdo acerca de la importancia de la educación y el trabajo futuros, los adolescentes de los países europeos manifestaron más interés en el ocio y la felicidad; mientras que los adolescentes en la India y México, mostraron más interés en metas relacionadas con la familia (Nurmi, 1991). Estas diferencias transculturales se explican por las oportunidades y limitaciones socioculturales a la hora de planificar el futuro (Nurmi 1991; Seginer, 2009).

### **5.7. Metas relacionadas con estudios, trabajo y ocio**

Las metas de los adolescentes están enfocadas principalmente en la continuidad de estudios de nivel superior y el inicio de la vida laboral, tal como se describió en el anterior apartado, pero esta continuidad depende de diversas condiciones.

Considerando tanto los factores individuales como sociales que influyen en las metas, de acuerdo con el ideal social, las metas relacionadas con el aprendizaje académico son de gran relevancia en la vida escolar. En la adolescencia aumentan significativamente las demandas y expectativas académicas; se espera que durante este período los chicos obtengan logros académicos y se preparen para el futuro (Gaete, 2015); asimismo, la presión hacia el rendimiento que experimentan los adolescentes se intensifica (Llamazares Sánchez, 2006) generando temores

y preocupaciones por las decisiones sobre su futuro pero, a su vez, sirve como movilizadora en la planificación de las metas.

Según Sandoval y Verdugo (2016), en este período los adolescentes se esfuerzan por adquirir una formación que les abra las puertas al mundo laboral, garantizando su desenvolvimiento personal y social futuro. Sin embargo, la motivación varía en cada adolescente, algunos son atraídos por el deseo intelectual (motivación intrínseca), lo que facilita la respuesta y el control de las demandas exigidas, muestran compromiso frente a la tarea y atribuyen el esfuerzo personal como un factor determinante de los logros académicos, siendo las metas relacionadas con los estudios, metas orientadas a aspiraciones profesionales y denominadas en la taxonomía de metas de Ford (1992) como «metas de logro» que permiten apreciar el resultado del esfuerzo, emprender un camino y llegar hasta el final, superar un reto importante, etc. Así, por ejemplo, en con la elección de una carrera, los estudiantes pretenden ser independientes, obtener un trabajo con cierto prestigio, emprender un camino y llegar hasta el final, realizar un esfuerzo productivo y evitar sentirse fracasados. Ahora bien, otros adolescentes parecen estar influidos por razones externas (motivación extrínseca) como las influencias de padres, amigos que han estudiado determinada carrera, o alumnos cuyo interés fundamental es la obtención de recompensas, alabanzas, buenas notas o la aprobación de autoridades, etc. (Gámez y Marrero, 2003).

Por el contrario, otros adolescentes, desestiman el desarrollo de dichos aprendizajes y centran más sus intereses en otro tipo de metas como el deporte, ya que esta etapa conlleva unos cambios físicos importantes que conducen al deseo de estar en buena forma, tener un cuerpo sano y al disfrute de su práctica (Castillo, Duda y Balaguer, 2002).

En la investigación en torno al género, respecto al rendimiento académico en contextos educativos y clínicos, Caso-Niebla y Hernández-Guzmán (2007) afirman que se han comparado variables tales como la fijación de metas personales y profesionales, actividades de estudio, y se ha encontrado que existen diferencias entre hombres y mujeres (Du, Weymounth & Dragseth, 2003; Lupart et al., 2004; Ray et al., 2003).

Desde una perspectiva sociológica, Bourdieu (2006) plantea que existen unas condiciones objetivas y unas expectativas subjetivas, es decir, los adolescentes están inscritos en un contexto en el que se planifican unas expectativas pero la elección de sus objetivos podrán ser realizables en mayor o en menor medida, dependiendo de las limitaciones que imponga el contexto.

Atendiendo a estas condiciones, el ajuste entre las aspiraciones y la realidad va a estar condicionado, en la mayoría de las veces, por su contexto socioeconómico y familiar.

En las últimas décadas se ha notado que los cambios sociales, económicos y culturales han provocado una transformación en la inserción social y laboral de los adolescentes y jóvenes (Miranda y Corica, 2008). Resultados asociados a dicha transformación son la permanencia de los jóvenes durante más tiempo en la familia de origen y el acoplamiento del estudio con el trabajo (Corica, 2012).

Estos cambios estructurales en el mercado laboral y que afectan el sistema educativo influyen, inevitablemente, en la orientación a futuro de los adolescentes. Asimismo, factores como la familia y el entorno geográfico inciden en sus representaciones sobre el futuro. La relación lineal que existía sobre la realización de estudios, y posterior inserción en el trabajo, ha cambiado y ahora es al revés o simultánea. En este sentido, el futuro no tiene continuidad con el presente como en otras épocas, puede tener diferentes vías y discontinuidades, no es certero. Pero, paradójicamente, son las incertidumbres del futuro lo que permite pensar en posibilidades diferentes a las presentes, a pesar de las limitaciones que impone el contexto (Corica, 2012). Según esta autora, actualmente, estar inserto en el sistema educativo ya no representa garantía de «movilidad social ascendente», es decir, de mejorar la situación socioeconómica, o de ingresar en el mundo laboral. En estas circunstancias, la valoración de la educación se desvirtúa ante las pocas posibilidades de empleo; los adolescentes son conscientes de la realidad, y perciben con cierto pesimismo su incorporación al trabajo y su anhelada emancipación familiar, económica y social (Sanz De Acedo, Ugarte y Lumbreras, 2003). Sin embargo, la educación continúa siendo el canal obligatorio para acceder al trabajo.

Desde la perspectiva de estudios sociológicos (Dávila y Ghiardo) explican la nueva condición de los jóvenes y la situación social a partir de nuevas formas de organización del ciclo vital: 1) alargamiento o prolongación de la juventud como una fase de vida producto de una mayor permanencia en el sistema educativo; 2) el retraso en una inserción sociolaboral y de conformación de una familia propia; 3) mayor dependencia respecto a sus familias de origen y menor autonomía o posibilidades de emancipación. En estos procesos se orienta la visión de los adolescentes respecto a su futuro.

Partiendo de estas consideraciones, la familia es determinante como soporte económico, representa una institución fundamental y necesaria frente a las oportunidades futuras, especialmente en contextos de desigualdad e incertidumbre, donde el sistema educativo no garantiza el acceso a trabajos con condiciones dignas. Pero más allá, tanto para los adolescentes como para los padres, la familia también representa un anclaje existencial y emocional que ayuda a afrontar la ansiedad ante el futuro y a postergar la separación (Corica, 2012).

En trabajos sobre las relaciones entre las representaciones subjetivas de jóvenes y el mercado laboral, se muestran percepciones ajustadas de lo que sucede en el mercado de trabajo (Filmus, Kaplan, Miranda y Moragues, 2001). Los jóvenes sugieren un desajuste entre la deficiente formación recibida y las exigencias del mercado de trabajo. En este sentido, desde un punto de vista pedagógico, Marina et al. (2015) señalan que los teóricos de la adolescencia hacen poco énfasis en este tipo de tarea evolutiva; siendo la preparación para una profesión de valiosa importancia en esta etapa en que se toman decisiones importantes para el futuro laboral.

De otro lado, se evidencian diferencias socioeconómicas que también inciden en el proceso educativo de los adolescentes; por ejemplo, los chicos de sectores socioeconómicos altos tienen experiencias escolares y expectativas más positivas que los de sectores bajos (Kessler, 2004). Estas desigualdades sociales están asociadas a otros aspectos como el género, la educación o la salud.

En un estudio cualitativo sobre las expectativas de futuro educativo y laboral de estudiantes de secundaria en Argentina, Corica (2012) señala que los resultados revelaron una brecha entre las expectativas y las reales posibilidades futuras, que se asocian con el nivel socioeconómico. Así, en los estudiantes de los sectores bajos se evidencia una escasa correlación entre lo que les gustaría y lo que en definitiva se ven realizando en un futuro. Los adolescentes reportan marcadas diferencias entre las posibilidades de los que pertenecen a sectores medios y altos y los de sectores de bajos recursos; por ejemplo, los primeros, tienen la posibilidad de que sus padres asuman los gastos de los estudios universitarios, mientras que los últimos, tienen que establecer prioridades relacionadas con el trabajo. Esto evidencia que el progreso está asociado directamente a la condición económica. Los adolescentes de este estudio visualizan su futuro entre el estudio y el trabajo; es decir, realizando ambas actividades al tiempo, pero la posibilidad



de hacerlo también va a estar condicionada por factores como compatibilidad en los horarios, factores geográficos que inciden en el desplazamiento, entre otros.

En varios estudios, los adolescentes de nivel socioeconómico alto en un tiempo de cinco años, se visualizan teniendo una carrera universitaria y con una independencia económica (Biggart, Furlong y Cartmel 2008). Algunos de nivel socioeconómico medio se ven, en ese mismo tiempo, con mayores dificultades para independizarse ya que entre sus metas está realizar estudios universitarios, algunos trabajando de manera simultánea para solventar gastos. Para estos chicos el esfuerzo personal es muy valorado y es el principal elemento para el logro de objetivos.

De manera muy diferente, los chicos de sectores bajos se proyectan trabajando, siendo independientes y formando una familia. En estos adolescentes las posibilidades de continuar estudios superiores se ven disminuidas porque priorizan el trabajo; sin embargo, algunos piensan esta transición entre la educación y el trabajo como un acople de posibilidades, trabajar primero, o realizar estudios de corta duración y pensar en los estudios universitarios a largo plazo. Es decir, no dejan de pensar en continuar estudiando, concibiendo la educación como medio que les dará un futuro mejor.

En general, los adolescentes perciben la familia como un soporte y referente para continuar la vida académica y posterior inserción en el trabajo.

Por otra parte, en los últimos años ha ido creciendo un enfoque de investigación que se ocupa del estudio del *ocio* o tiempo libre de niños y adolescentes. Considerando la importancia que esta tarea tiene en el desarrollo, se ha abordado descentrando un poco la atención de temas relacionados con la socialización en entornos más formales como el centro educativo o la familia. Larson (2000), entiende el ocio como una oportunidad para el aprendizaje y la socialización y no como un *tiempo vacío*, y advierte que uno de los objetivos primordiales en el desarrollo durante esta etapa, es lograr que los adolescentes participen en actividades que les inquieten y promuevan el desarrollo de las habilidades necesarias para asumir de sus vidas.

Este tipo de actividades suelen practicarse de manera voluntaria, delimitan una periodicidad y unos horarios, su desarrollo se da sobre la base de las expectativas y se organizan en función del desarrollo individual, de las capacidades y del logro de las metas; por tanto, en general, promovidas por la propia motivación.

En otros estudios, la alta motivación en una actividad se explica por el surgimiento de un

proceso denominado *fluir* (flow), que se origina cuando las personas están completamente inmersas en una actividad, ignorando el tiempo, la fatiga por las sensaciones de bienestar y dominio que la propia actividad genera. Como producto del acoplamiento entre la motivación intrínseca y la concentración, se produce en la persona un sentimiento subjetivo agradable, abierto a las experiencias de desarrollo (Csikszentmihalyi, 1999). En el marco de estas consideraciones, Bohnert, Richards, Kolmodin & Lakin (2008) han encontrado que los adolescentes experimentan alta motivación intrínseca, desafío, afectos positivos y atención/concentración, al realizar actividades estructuradas, relacionadas con deportes, actividades artísticas, culturales, etc. Mientras que, actividades no estructuradas se asocian con bajo afecto positivo y baja atención/concentración entre los adolescentes (Mahoney & Stattin, 2000). Algunos estudios han confirmado que el ocio en los adolescentes está más enfocado a actividades no organizadas, como ver la televisión, escuchar música o salir con los amigos, y solo una minoría a actividades estructuradas (Mahoney, Larson, Eccles & Lord, 2005).

Por otra parte, la manera en que los adolescentes disponen su tiempo libre depende de su perfil psicológico y, en este sentido, se relacionan con indicadores de salud mental y satisfacción vital (Grob, Stetsenko, Sabatier, Botcheva & Macek, 1999). Por ejemplo, la participación en actividades estructuradas está asociada con objetivos positivos en el desarrollo personal (Hansen, Larson & Dworkin, 2003). Una de las teorías que ha servido de base para explicar dicha relación en la infancia y adolescencia es la teoría de la autodeterminación de Deci, Connell & Ryan (1989), que alude a la experimentación de un sentido de elección en la iniciación y regulación de las propias acciones, lo que ayuda a cumplir tres necesidades básicas (relación con otros, autonomía y competencia). En la medida que estas necesidades son satisfechas será posible el desarrollo saludable y prevenir resultados negativos como consecuencia de necesidades frustradas. Asimismo, siguiendo a los autores, en la interacción persona-entorno, se da una retroalimentación que mejora la competencia y que da significatividad a dichos vínculos, lo cual contribuye a la salud mental.

Con referencia a las diferencias de género en la frecuencia de las actividades de tiempo libre organizadas, se ha encontrado que los chicos presentan una mayor frecuencia en actividades orientadas al deporte, mientras que en las chicas, son más frecuentes actividades culturales (Mota, Santos & Ribeiro, 2008). Respecto a la edad se halló que a mayor edad, menos interés por

actividades no organizadas; de otro lado, no se encontraron diferencias en edad con relación a las actividades estructuradas (Mota & Escultas, 2002). En el marco de estas investigaciones las actividades de ocio, especialmente, las estructuradas representan factores de protección para los adolescentes (Casey, Ripke y Huston, 2004).

### **5.8. Factores que influyen en la Perspectiva Temporal Futura de los adolescentes**

Se ha encontrado que existen diversos factores que influyen en la construcción de la PTF, como el entorno social, las condiciones socioeconómicas y las vivencias personales; en este sentido, la orientación hacia metas tanto a corto, como a largo plazo, dependen de las probabilidades reales. Personas que han vivido bajo condiciones socioeconómicas y educativas precarias presentan una PTF más limitada (Nurmi, 1994; Trommsdorff, 1983). De otro lado, también se ha estudiado la relación entre conductas de riesgo, factores protectores y la PTF.

A su vez, la PTF, tiene un efecto importante en la motivación y el comportamiento de las personas. Las expectativas de las personas operan, en parte, por las motivación de conductas relevantes, esto es consistente con la noción teórica de que las cogniciones orientadas al futuro motivan el comportamiento (Markus y Nurius, 1986) y la motivación del comportamiento aumenta las probabilidades de logro de metas.

Las cogniciones orientadas al futuro en diferentes formas, dirigen el comportamiento en curso y pueden estar influidas por las actividades y comportamientos actuales, en lo que se da una retroalimentación sobre la base de los rendimientos obtenidos en un ajuste de las perspectivas futuras. Así, por ejemplo, en un estudio longitudinal, Beal (2010) exploró en 317 adolescentes los conocimientos orientados hacia el futuro, las actividades en curso, y el nivel de instrucción años más tarde. Se evaluaron las relaciones entre estos conocimientos y la perspectiva presente y futura como predictores del comportamiento de la salud. Los resultados indicaron que las metas y expectativas de los adolescentes predicen el nivel de instrucción 8 años más tarde. Las actividades extraescolares median el impacto de las expectativas laborales, mientras que el trabajo parcial en los adolescentes no es predictor de ocupaciones futuras, solo se muestra como una forma de obtener ingresos. Los efectos de las expectativas fueron mediados por el comportamiento, lo que sugiere que los adolescentes pueden usar sus proyecciones sobre el futuro de acuerdo a su conducta para promover el logro de sus metas a posteriori.

Estos resultados demuestran la importancia de los conocimientos orientados al futuro para el desarrollo posterior; es decir, las acciones en el presente y lo que piensan los adolescentes a cerca de su futuro son relevantes para su desarrollo actual y pueden ser influyentes en edades posteriores (Schoon y Parsons, 2002).

En el siguiente apartado se describen algunos de los factores más relacionados con la PTF y las metas de los adolescentes.

### **5.8.1. La familia**

Los padres pueden influir en las actitudes hacia el futuro y en los planes para la realización de la meta (Nurmi y Pulliainen, 1991). El apoyo familiar es sugerido para fomentar las oportunidades y expectativas percibidas y, por tanto, influye indirectamente en las metas educativas y profesionales (Kerpelman, Eryigit and Stephens, 2008).

La aceptación de los padres y la promoción de la autonomía y la autoevaluación positiva, se asocian con la motivación (Seginer Vermulst & Shoyer, 2004). En la mayoría de estudios se ha corroborado que la familia es el soporte que facilita el apoyo y los recursos necesarios en la búsqueda y consecución de las meta en los adolescente (Massey et al., 2008).

### **5.8.2. Nivel socioeconómico y etnicidad**

En su meta-análisis sobre el contenido de las metas en los adolescentes, Massy et. al. (2008) encuentran que el estatus socioeconómico puede limitar las oportunidades de desarrollo de la meta y la percepción de los adolescentes sobre las posibilidades a la hora de plantearse determinados objetivos. Los autores referencian estudios que han demostrado la relación entre el bajo nivel socioeconómico y el interés por metas relacionadas con bienes materiales (Cohen y Cohen, 2001). Otros relacionan el nivel socioeconómico alto con la realización de estudios superiores (Hill et al., 2004). Es probable que la situación económica de la familia tenga alguna influencia en las metas de los adolescentes; sin embargo, teniendo en cuenta que el nivel socioeconómico está vinculado a otros factores como el origen étnico, la situación geográfica y el entorno educativo, es difícil excluir parcialmente la contribución única de dicha variable. En esta medida algunos estudios evidencian que los factores más proximales pueden mediar en la relación con los objetivos de adolescentes; tales como las condiciones materiales (Marjoribanks,

1998 y Schoon y Parsons, 2002), la percepción de apoyo de los padres, implicación (Bandura, Barbarelli, Caprara, Patorelli, 1996; Marjoribanks, 1999), el rendimiento académico y autoconcepto (Marjoribanks, 2002).

También parece haber diferencias étnicas en las prioridades fijadas para diferentes objetivos en la vida y los plazos para alcanzarlos. Por ejemplo, se ha sugerido en estudios sobre minorías étnicas, que las familias mejicano-estadounidenses podrían animar a los jóvenes a buscar empleo antes de tiempo debido a las dificultades económicas (Rumbaut 1995), lo que puede dar prioridad a los objetivos en el trabajo sobre los objetivos educativos u otros. Asimismo, entre los mejicanos los planes relacionados con educación solo alcanzan la secundaria debido a las presiones sociales relativamente tempranas para formar una familia y tener hijos (Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 1995). Por su parte, aunque los objetivos de vida educativos y ocupacionales pueden ser articulados entre los adolescentes minoritarios, sus obligaciones familiares podrían conducir a informar de plazos más largos para alcanzarlos (Chang, Chen, Greenberger, Dooley & Heckhausen, 2006).

En estudios interculturales realizados en Estados Unidos, Mau y Bikos (2000) encontraron que al controlar las variables escolares, familiares e individuales tales como la autoestima y la autoeficacia académica, los estudiantes asiáticos y afroamericanos tenían mayores aspiraciones ocupacionales que sus homólogos Blancos. A su vez, los estudiantes hispanos reportaron niveles más bajos de aspiraciones educativas que los asiáticos, afroamericanos y blancos. Estos resultados confirman resultados previos obtenidos por Rumbaut (2000), que informó que los adolescentes mejicanos no solo indicaron expectativas educativas relativamente más bajas, sino que también mostraron una disminución en las expectativas a medida que se aproximaba la graduación de la escuela secundaria.

Por otra parte, los estudios de las diferencias étnicas respecto a las aspiraciones profesionales, han arrojado resultados inconsistentes; los estudios realizados por participantes blancos, hispanos y afroamericanos no han encontrado diferencias étnicas significativas en las aspiraciones y expectativas ocupacionales en las muestras de la secundaria (Csikszentmihalyi y Schneider, 2000; Phinney, Baumann & Blanton, 2001).

### **5.8.3. La edad**

Las metas que los adolescentes se proponen, sus planes y expectativas para el logro de metas y la extensión temporal de metas cambian con la edad (Nurmi, 1987, 1989), a mayor edad, mayor autonomía, educación, ocupación y metas familiares (Massey et al., 2009). Por tanto, el contenido de la meta se relaciona con la edad y cambia gradualmente, reflejándose en cada período del ciclo vital (Ogilvie, Rose, & Heppen, 2001). Para Díaz-Morales (2006), los cambios que tienen lugar durante las diferentes etapas de la vida, reclaman por parte de la persona, la modificación progresiva de sus metas atendiendo a su nivel de desarrollo. Con la edad emergerían nuevas preocupaciones sobre temas nuevos, como la educación, el trabajo, la procreación o la salud. Este mismo autor, expone que durante la adolescencia el horizonte temporal se sitúa más cercano que en las fases posteriores de la vida. Nurmi (1987, 1989) afirma que con la edad, tanto el conocimiento como la planificación aumentan; a medida que la persona se va desarrollando, las metas van evolucionando, tornándose sucesivamente más complejas; ya que el nivel de planificación va evolucionando a medida que se alcanza la adultez. En estudios posteriores, esta misma autora, sostiene que la expectativa se mantiene durante todas las fases del desarrollo adolescente, pero el éxito en la consecución, varía (Nurmi, 1994). Esta circunstancia, de acuerdo con Massey et al. (2008), deriva de que progresivamente los adolescentes van estableciendo metas más realistas, lo que les permite, en consecuencia, tener más posibilidades de que estas se cumplan. Al mismo tiempo, los adolescentes van incorporando habilidades y destrezas que permiten ser más eficaces en la persecución de las metas, desarrollando mejores estrategias. Así, por ejemplo, las metas relacionadas con el ocio se manifiestan con mayor frecuencia en la adolescencia temprana (Nurmi et al., 1994), mientras que, como consecuencia de la madurez cognitiva, las metas relacionadas con la educación, ocupación, familia y posesiones; empiezan a tener mayor importancia desde la adolescencia media (Lanz y Rosnati, 2002).

En un análisis sobre las metas de tres grupos de adolescentes, Sanz De Acedo, Ugarte y Lumbreras (2003) encontraron que los chicos de los grupos de menor edad (15-16) años, refieren más metas relacionadas con reconocimiento social y deporte comparados con los de mayor edad (17-19); sin embargo, los menores, también se interesan por metas de educación y compromiso personal.

En un estudio longitudinal con estudiantes en proceso de transición a la universidad, Salmela-Aro y Nurmi (1997) concluyeron que, en general, el contenido de las metas relacionadas con familia, ocupación y sí mismo, no cambia a lo largo de dos años, mientras que su densidad o frecuencia sí varía. Explican que dicha estabilidad, durante un tiempo determinado, indica que la mayoría de los adolescentes tiene una manera de dirigir sus vidas a pesar de las situaciones de transición por las que pasan; asimismo, puede explicar la continuidad del desarrollo a través del tiempo.

En otras investigaciones, Díaz-Morales (2006) encontró que las metas relacionadas con educación, disminuyen con la edad, mientras que las relacionadas con los hijos y la salud, aumentan. En cuanto a la planificación, el número de planes y de acciones ya realizadas aumentan con la edad y el grado de control primario disminuye paulatinamente. La distancia temporal a la que se espera conseguir las metas, como es de esperarse, es menor en el grupo de personas mayores. Mientras que la extensión temporal que los adolescentes reportan es más amplia y se extienden hasta el comienzo de la tercera década de la vida. Resultados similares en (Chang et al., 2006; Lanz y Rosnati, 2002; Nurmi, 1994).

En Nurmi y Pulliainen (1991), la probabilidad de logro de las metas parece aumentar durante la primera mitad de la adolescencia. Mientras que, en otras investigaciones, tiende a ser estable entre principios y mediados de la adolescencia (Malmberg, Ehrman y Lithén, 2005).

Con relación al control, Brandtstädter y Renner (1990) han descrito que el menor grado de control interno con la edad es una de las estrategias que permite a las personas mayores mantener su bienestar psicológico. Así, en estudios con personas mayores, un menor control puede actuar como factor protector para mantener un estado de bienestar psicológico (Nurmi et al., 1992). Este proceso haría referencia a un mecanismo de autorregulación que controla la ansiedad frente la finitud del tiempo y podría generar una necesidad de vivir el presente. De otro lado, Dickson y MacLeod (2006), en un estudio con adolescentes encontraron una correlación entre los bajos niveles de control y la depresión. Adolescentes deprimidos, comparados con un grupo de chicos no disfóricos, reportaron un menor número de planes, lo que lleva a un menor control sobre la búsqueda de la meta; asimismo, un mayor número de motivos por los que las metas no podrían realizarse, y un menor número de razones por las cuales los objetivos podrían alcanzarse.

En trabajos más recientes sobre la percepción de los padres hacia el cambio social en el contexto chino y el desarrollo de los adolescentes, Chen, Bian, Xin, Wang & Silbereisen (2010) encontraron que los adolescentes de menor edad reportaron más metas con relación a ocupación, relaciones interpersonales, y estudios actuales que los de mayor edad; los adolescentes de mediana edad, reportaron más metas de matrimonio que los de menor edad. Es de destacar que en estos adolescentes las metas estaban relacionadas con el bienestar de los padres y las relaciones interpersonales, categorías que rara vez se observan en las culturas occidentales (Massey et al., 2008).

En resumen, de acuerdo con la literatura, muchos estudios coinciden en las categorías de agrupación de las metas vitales, según las tareas de desarrollo, lo cual es coherente con la etapa del ciclo vital a la que esta tesis hace referencia. En el análisis del contenido de las metas está implícita la idea de un modelo de referencia que es normativo en función de la edad, pero también es individual, es decir cada persona fija sus propias metas que no necesariamente son compartidas por otras personas, pero sí se encuadran en un marco normativo definido por la edad y la situación vital en la que se encuentra; dichas metas pueden aumentar o disminuir de acuerdo a la importancia que se les asigna y pueden reflejar los cambios de la etapa como tal. Con el aumento de la edad, los adolescentes alcanzan un mayor desarrollo biopsicosocial que se refleja en habilidades superiores y creencias auto-reguladoras, que les posibilita una mejor planificación y aumenta la confianza en la capacidad de logro (Massey et. al, 2008).

#### **5.8.4. El sexo**

La variable sexo, es otro factor importante que influye en la fijación de las metas (Nurmi, 2001). Estas discrepancias en las metas según el sexo en los adolescentes se pueden atribuir en parte a factores contextuales como ajustes en la socialización y la cultura (Massey et al., 2008) y a los roles de género tradicionales. De acuerdo con Lindfors et al. (2012), las preocupaciones que los adolescentes tienen, así como las metas en torno a las que planifican su vida, se crean a partir de los estereotipos sociales que se han asumido y son los responsables del cambio social que tienen la capacidad de protagonizar.

Hay una larga lista de estudios donde se evidencian diferencias según el sexo y autores que explican dichas diferencias desde una perspectiva de género. Investigaciones donde las chicas,



por ejemplo, tienen aspiraciones extrínsecas orientadas hacia a la apariencia física como aspecto importante del autoconcepto en esta etapa del ciclo vital Kiang & Harter (2006) o sus metas están orientadas a relaciones interpersonales (Anderman & Anderman, 1999; Chang et al., 2006; Kasser, Ryan, Zax & Sameroff, 1995) o a la familia, ocio, sí mismo y amigos (Díaz-Morales y Martínez, 2004; Nurmi, 1991; Kalakoski y Nurmi, 1998).

Maggs y Rhoades (citado en Nurmi et al., 2009) demuestran que para las mujeres las metas académicas son vividas como una circunstancia más estresante que para la población masculina. Asimismo, tradicionalmente los varones participan más activamente en su educación y en el trabajo, mientras que las mujeres están más ocupadas u orientadas a las actividades domésticas y a la familia (Nurmi, 1991; Salmela-Aro & Nurmi, 1997). Sin embargo, los hallazgos relativos a las diferencias de metas relacionadas con el género no siempre son consistentes (McCabe & Barnett, 2000; Newberry & Duncan, 2001).

En otros estudios se ha encontrado que las chicas, durante la adolescencia, persiguen con más énfasis los objetivos educativos (Nurmi Poole & Seginer, 1995; Yowell, 2000) y el nivel de compromiso y prospección en este dominio, es también mayor (Nurmi et al., 1995). Según los autores, estos resultados reflejan un cambio en las expectativas y valores relacionados con la realidad del rol de la mujer en la sociedad y su participación en el mercado laboral.

Los chicos, en cambio, valoran más metas vinculadas al éxito social y laboral (Anderman & Anderman, 1999; Massey et al., 2008; Sanz De Acedo, Ugarte y Lumbreras, 2003) metas relacionadas con la economía y bienes materiales (Díaz y Martínez, 2004; Kalakoski y Nurmi, 1998; Kasser y Ryan, 1993; Nurmi, 1991).

En Díaz-Morales (2006), las mujeres obtienen una distancia temporal más corta en las metas relacionadas con el trabajo, yo y posesiones. A mayor edad, reportan menos factores relacionadas con el conocimiento sobre las metas de trabajo comparadas con los chicos. Asimismo, muestran mayor disminución del control en grupos de mayor edad en metas de las categorías yo, diversión hijos y posesiones. La afectividad no muestra diferencias en ninguno de los grupos. En otros estudios, no se han encontrado diferencias de sexo en extensión temporal durante el ciclo vital (Nuttin, 1985; Thomaes, 1981).

Igualmente, se ha encontrado que en culturas como la asiática y la mejicana las chicas se casan y tienen hijos a edades más tempranas que los chicos, a pesar de las oportunidades y logros

educacionales que las chicas hayan recibido (Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 1995; Bankston y Zhou, 2002).

Carcelén Velarde y Martínez (2008) expusieron que las metas de los adolescentes se fundamentan en la identidad de estos, y están muy influenciadas por los estereotipos sociales que tienden a reproducir, existiendo entre chicas y chicos notables diferencias. De acuerdo con la investigación seguida por estos autores, en una muestra de adolescentes institucionalizados con edades entre 15 y 17 años, en la ciudad de Lima, encontraron que las metas estaban orientadas principalmente a las relaciones interpersonales, la autorrealización y el sí mismo. Las chicas mostraron una mayor tendencia hacia la autonomía y el contacto personal; los chicos, al contrario, expresaron mayor altruismo y necesidad de diversión. Los adolescentes de mayor edad mostraron mayor interés por los estudios y mayor número de metas relacionadas con los amigos que el grupo de menor edad.

En Sanz De Acedo et al. (2003), en un análisis sobre las metas de tres grupos de adolescentes con edades entre 15 y 19 años, hallaron diferencias significativas según sexo. Las chicas valoran más las metas interpersonales y educativas; mientras que los chicos mantienen mayor interés sobre las actividades de ocio y deportivas, emancipativas y sociopolíticas. En cuanto a la variable edad, los chicos de los grupos menores (15-16) años, refieren más metas relacionadas con reconocimiento social, deporte, educación y compromiso personal. De acuerdo con los autores, estas derivaciones corroboran investigaciones anteriores, en las que las chicas tratan de desarrollar sus capacidades y destacar en rendimiento académico, que se orientan hacia metas de tarea tienden a compartir sus actividades y fomentar a las relaciones familiares con interés por comunicarse y ser solidario. Los chicos tienden a orientar sus metas a actividades deportivas que suponen un aspecto de prestigio y reconocimiento social (Castillo et al., 2002). Asimismo, manifiestan metas relacionadas con la independencia personal y social. Los autores explican estos hallazgos a partir de la influencia que la socialización imprime en el desarrollo de las orientaciones de metas; así, los chicos aprenden a compararse con los demás para validar su competencia y obtener logros. Por su parte, las chicas suelen confrontarse con ellas mismas con el fin de realizar la tarea de manera óptima. Similares resultados en Sánchez, Colón y Esparza (2005) a una muestra de 143 adolescentes hispanoamericanos se indicó que las mujeres concedían mayor valor intrínseco y mayor esfuerzo a las tareas académicas y mantenían mayor

aspiración y expectativas educativas que los chicos. En esta misma línea Martin (2004), encontró en una muestra de 2.927 adolescentes australianos que las chicas estaban más orientadas hacia el aprendizaje, planificación, gestión de sus estudios y persistencia, mientras los chicos desarrollaron más conductas desadaptativas que disminuían su probabilidad de éxito escolar.

Según Delgado, Inglés, García-Fernández, Castejón, & Valle (2010) en un estudio con una muestra de 2.022 adolescentes españoles; las chicas presentaron una orientación motivacional significativamente mayor hacia metas de aprendizaje comparadas con los chicos y confirman que respecto a las diferencias de género, en la mayoría de estudios, tanto chicas como chicos presentan los mismos tipos de metas, sin embargo, la intensidad de las mismas varía en función del género. Según Shibley y Durik (citado en Delgado et al., 2010) los patrones motivacionales de los adolescentes en las metas académicas difieren en función del género, lo que influye directamente en la manera de realizar la tarea y, posteriormente, en los resultados académicos. Dichos efectos diferenciales son interpretados como consecuencia de las transformaciones sociales ocurridas en las últimas décadas del siglo pasado, y se han asociado con un aumento de la motivación de logro en las chicas, propiciado por la apertura hacia nuevas oportunidades de educación como la realización de carreras universitarias y formación de postgrado.

Resultados novedosos según el sexo, hallaron en para los hombres, lo más importante en relación con los estudios superiores y elección de carrera, es el poder, el logro y el prestigio, sin embargo, también aparece una relación afiliativa y preocupación por problemas afectivos (Gámez y Marrero, 2003). Es decir, para los hombres, las afiliaciones siempre pueden ayudar a conseguir alguna mejora personal. Estos resultados revelan cierto acercamiento de las metas entre hombres y mujeres. Las mujeres están preocupadas por las relaciones personales, pero también están interesadas en metas de logro como la búsqueda de conocimientos y retos intelectuales, lo que explican señalando que se trataría de un logro que se traduce en conseguir independencia personal a través del esfuerzo y la superación personal como manifestaciones de autosuficiencia (Barberá, 1996).

En un estudio que evaluó el rendimiento escolar en adolescentes a través de instrumentos de autoinforme sobre establecimiento de metas, actividades de estudio, autoestima, entre otras variables, Caso-Niebla et al. (2007), encontraron que las mujeres están más interesadas en el estudio, organizan de mejor forma sus actividades escolares, se apoyan con mayor frecuencia en

estrategias y técnicas que favorecen su estudio, además de presentar mayor habilidad para fijar metas personales y profesionales. Según los autores, estos resultados se han explicado a partir de las necesidades de afiliación y de aprobación social en mujeres (Giota, 2002). Los chicos presentaron, con respecto a las mujeres, mayores dificultades en el aprendizaje asociadas a problemas personales, menor interés ante exigencias escolares, menor control en sus emociones y mayor dificultad en definir metas personales. Resultados similares se informaron en otros estudios donde las chicas mostraron una mayor motivación académica y también mayor adaptación social y emocional y conducta prosocial, comparadas con los hombres (Inglés et al., 2009; Mathiesen, Castro, Merino, Mora & Navarro, 2013).

En un trabajo realizado en Estados Unidos con 932 adolescentes con edades entre 16 y 20 años de diferentes grupos étnicos (mejicanos, otros latinos, asiáticos, caucásicos, filipinos), se analizaron el contenido de las metas y la extensión temporal. La distribución de frecuencia, generó por lo menos una meta por categoría. Al igual que la mayoría de estudios previos, en este trabajo, los adolescentes de todos los grupos étnicos reportaron que el mayor porcentaje de metas se relacionan con ocupación/profesión, educación y familia y reportaron menos metas relacionadas con cosas materiales, autorrealización, ocio y autonomía. No hubo hallazgos notables de acuerdo a la etnia y al sexo. Sin embargo, las chicas dieron mayor prioridad a las metas educativas comparadas con los chicos y a diferencia de estudios previos que tradicionalmente suponen que las chicas de culturas como las latinas y asiáticas, tienen mayor interés por las metas relacionadas con la familia, en este estudio, son los chicos quienes nombraron un mayor número de metas en dicha categoría. De otro lado, con relación a la distancia temporal, los adolescentes refieren el cumplimiento de metas en una media de edad de 33 años. Los chicos latinos reportaron bajas expectativas educativas a largo plazo (Chang et al. 2006).

En otros estudios sobre la motivación subyacente a través de la estructura de valores personales, Tejerina-Arreal, García y García-Guardia (2014), en una muestra española de adolescentes con edades entre 12 y 16 años, se corroboró que los adolescentes otorgan una prioridad más alta a las metas intrínsecas (relaciones interpersonales significativas, salud física, auto-aceptación) que extrínsecas (imagen, dinero, poder). No obstante, los chicos dieron mayor prioridad a objetivos de vida relacionados con el poder y la fama (ser líder, hacerse dirigir a otras

personas), comparados con las chicas que dieron mayor importancia los objetivos relacionados con sí mismo (cuidado de otros, ser bueno, relaciones interpersonales).

Otros autores han estudiado las diferencias entre hombres y mujeres en la motivación de logro (Barberá, 1998) llegando a algunas conclusiones como: a) existen diferencias de género en la concepción de logro; b) el logro, para los hombres, siempre incluye instrumentalidad y reconocimiento público, mientras que las mujeres valoran de forma intrínseca las cosas bien hechas, o el reconocimiento externo cuando se percibe la utilidad social del esfuerzo y; c) existen estrategias distintas, entre hombres y mujeres, para conseguir dichas metas, y ciertas diferencias en las emociones positivas o negativas asociadas al éxito o al fracaso en su consecución. Es decir, las mujeres tienen una motivación mayor hacia la afiliación (referida a la creación y mantenimiento de vínculos) que hacia el logro (referido a la consecución de metas extrínsecas en el contexto de lo público). Sin embargo, Barberá (1996), encuentra que en el estudio del contenido de las metas de logro entre hombre y mujeres, se ha obtenido que las mujeres están tan motivadas al logro tanto como los hombres, siempre que las metas de logro se den en un contexto afectivo y privado que haga compatibles dichas metas con la utilidad para las vidas de los demás.

En un estudio con una muestra de adolescentes australianos Patton, Bartrum & Creed (2004) exploraron las diferencias de género en optimismo, autoestima, expectativas y exploración de la carrera y metas en la predicción de la planificación de la carrera en los adolescentes. Los resultados mostraron que el optimismo y la autoestima influyen en las expectativas de carrera, secuencialmente predicen las metas profesionales, la planificación y exploración de carrera. En las chicas se dio de forma distinta; la autoestima influye directamente en las metas y posteriormente estas predijeron la exploración y planificación de la carrera; la autoestima predijo expectativas de carrera, que luego influyeron directamente en la planificación y en la exploración de la carrera, sin embargo, esta no influye directamente en las metas. En el marco de investigaciones sobre la motivación de los adolescentes para la escritura y el rendimiento académico, Pajares y Valiante (2001) exploraron si las diferencias entre chicos y chicas son una función de estereotipos de género. Los autores encontraron que casi todas las variables evaluadas se explicaron por los estereotipos de género asociados a la feminidad. Las chicas reportaron una mayor autoeficacia en la escritura, autoconcepto, autoeficacia para la autorregulación, valor de la

escritura y metas de tareas, y recibieron calificaciones más altas en artes del lenguaje. Los niños informaron más metas enfocadas al rendimiento. Todas las diferencias de género que favorecieron a las chicas en la motivación y el logro de la escritura se hicieron no significativas cuando las creencias de orientación femenina fueron controladas. Los hallazgos sugieren que una orientación femenina es adaptativa en el área de escritura, mientras que una orientación masculina es beneficiosa cuando es acompañada por una orientación femenina. Se concluyó que la escritura se asoció con una orientación femenina, porque es vista por los más jóvenes asociada a un dominio femenino (expresividad).

En investigaciones más recientes, Zhang, Chen, Yu, Wang & Nurmi (2014), analizaron el contenido de las metas en un grupo de 1.975 adolescentes chinos de zonas rurales y urbanas, con el mismo cuestionario utilizado en esta tesis doctoral. La mayoría de los adolescentes mencionó metas relacionadas con la educación (estudios universitarios, mayor nivel educativo) y la ocupación (trabajo, empleo, profesión). Respecto al sexo, los chicos reportaron un número mayor de metas relacionados con el matrimonio y la ocupación; mientras que las chicas reportaron más metas relacionadas con la familia (bienestar de los padres), la educación y el ocio. Los resultados están en línea con las normas de género tradicionales en la cultura china. Es de destacar que las mujeres reportaron más metas para la educación y estudios actuales que los hombres, a diferencia de otros estudios previos. En la China contemporánea, los hombres todavía ocupan posiciones dominantes en muchos campos, y una marcada desigualdad de empleo basada en el género (Ding, Dong & Li (2009). Por lo tanto, las mujeres chinas tienen que invertir más tiempo y energía en el mundo académico que los hombres para alcanzar una posición satisfactoria.

Como ya se ha mencionado, la extensión temporal depende del contenido de las metas. Nurmi et al. (1992) encontraron diferencias en la extensión temporal de los adolescentes y atribuyen estas diferencias al contenido de las metas de acuerdo al sexo; estando los objetivos de las mujeres situados a más corto plazo que las metas de los hombres, y aunque ambos sexos dan igual importancia a las metas relacionadas con el trabajo, el marco temporal de las mujeres es más corto comparado con el de los hombres. Según Kammer (1985) al evaluar la perspectiva de los adolescentes en relación con su plan vocacional, encuentra que las mujeres disponen de un mayor repertorio de alternativas de estudio, —especialmente, con estudios o trabajos que impliquen las relaciones interpersonales— y desde edades tempranas las mujeres anticipan un

mayor número de opciones laborales que les permitan compaginar trabajo y familia. Por el contrario, los hombres tienen una mayor definición frente a lo que quieren hacer, al parecer, no consideran posibles interrupciones en su desarrollo de carrera. Estas diferencias reflejan las expectativas asignadas al rol sexual. Resultados similares más recientes en (Seginer, 2009) que señalan que las mujeres están más interesadas en una futura familia que los hombres.

En contraste, los hallazgos de Chen et al. (2010) señalan que los adolescentes varones reportaron más metas relacionados con futura familia que las chicas. Esto puede reflejar las características de la cultura tradicional china haciendo hincapié en que los hombres deben asumir la responsabilidad de la creación de una familia. En muchas familias chinas, los hombres como esposos o padres muestran altos niveles de autoridad y la obligación de la familia.

Con relación a la *planificación* de las metas en un estudio realizado por Yowell (2000) sobre los *possibles selves* (contenidos del componente de autoconcepto orientados al futuro) se exploraron las expectativas de adolescentes latinos. Los resultados mostraron metas educativas y ocupacionales y altas puntuaciones en optimismo y control interno. Los chicos informaron un mayor número de metas de ocupación y son más específicos en los planes para el logro y la consideración de posibles obstáculos para las metas ocupacionales. Las chicas informaron de opiniones más restringidas en casi todos los dominios de su futuro que los chicos.

En Díaz-Morales (2006), no se hallaron diferencias en planificación según el sexo. Respecto a la *evaluación prospectiva* que los adolescentes hacen de sus metas, este mismo autor, señala que tampoco se mostraron diferencias según sexo en *control*. Mientras que, en *probabilidad de realización*, las mujeres obtuvieron una mayor puntuación independientemente del grupo de edad [ $\eta^2 = .017$ ]. Por último, no aparecieron diferencias en *afectividad* hacia el futuro, este dominio se mantiene constante en todos los grupos de edad. No obstante, en investigaciones previas, los chicos informaron mayor afectividad que las chicas, es decir, los chicos tuvieron una percepción más optimista y positiva sobre su futuro (Montero, 2010). En este sentido, explica Nurmi (1989), que los hombres se muestran más optimistas conforme crecen, probablemente porque asumen un mayor control de sus vidas, mientras que las mujeres se vuelven más pesimistas, probablemente debido a una mayor incidencia de depresión en estas y por el conflicto que implica para ellas conciliar logros personales y logros familiares.

En otra investigación realizada con estudiantes del ciclo inicial de educación superior sobre la

subjetividad en un grupo de jóvenes colombianos y su incidencia en la construcción de sus perspectivas temporales futuras, Martínez (2013) menciona que los estudiantes manifiestan metas relacionadas con educación, trabajo, familia de origen, cosas materiales y sí mismo; sin embargo, no se evidenció claridad en su priorización o grado de importancia como condiciones previas para su realización, agenciamientos necesarios para llevar a cabo estos propósitos. No refieren elementos relativos a la procesualidad requerida para lograr sus metas; es decir, no aparecen alusiones a la planificación para llegar a las metas.

En resumen, teniendo en cuenta la diversidad de las muestras en las que se han realizado los estudios citados, algunos resultados se muestran contradictorios. De otro lado, el contenido de las metas parece reflejar las normas de género, especialmente, en las relacionadas con familia, estudio y trabajo/ocupación, aunque otros autores han sugerido que las diferencias de género en los metas de trabajo han desaparecido en los últimos tiempos (Lanz & Rosnati, 2002).

Si bien el contenido de las metas es generalizable en los adolescentes de diferentes culturas, la frecuencia, la priorización, el compromiso, las creencias de realización y la extensión temporal de las metas educativas, ocupacionales, interpersonales, de familia y de ocio, parecen diferir entre chicos y chicas. Por tanto, sobre la base de estas investigaciones, en esta tesis doctoral, se espera encontrar diferencias determinadas por los roles de género.

### **5.9. Relación entre las metas de los adolescentes, las conductas saludables y el bienestar psicológico**

¿Cómo se relaciona el logro de metas con el bienestar en la adolescencia? Según Ford (1992), las emociones están intrínsecamente vinculadas a la fijación de metas, al progreso y al logro, lo que implica que la interrupción del logro de las metas puede conducir a un efecto negativo y a un bienestar inferior. En apoyo de esto, la dificultad de la meta diaria (Little, 1989) y el impedimento de la meta (Emmons, 1986; Emmons & King, 1988; Schroevers, Kraaij & Garnefski, 2007) han demostrado estar relacionados con una menor satisfacción con la vida y bienestar subjetivo en adultos jóvenes. Sin embargo, estas relaciones no se han probado previamente en adolescentes.

Tanto las metas fijadas, como las experiencias durante su búsqueda y las evaluaciones de procesos de metas pueden tener un impacto en el bienestar (Massey, Gebhardt & Garnefski,



2009). Asimismo, el logro efectivo de metas personales está relacionado con un mayor afecto positivo, satisfacción con la vida y bienestar en estudiantes universitarios (Harris, Daniels & Briner, 2003).

La consecución de las metas se vincula a afectos positivos, y, por el contrario, emergerán afectos negativos si esta no se alcanza, relacionándose íntimamente con el bienestar de la persona, por lo que el abordaje del bienestar de la persona necesariamente ha de conectarse al estudio de sus expectativas y el contexto en el que estos se desenvuelven, así como la consideración de todos aquellos factores que le conducen al éxito o el fracaso en la adquisición de sus logros (Massey et al., 2008).

Según Henson, Carey, Carey & Maisto (2006), en la investigación relacionada con la salud, la orientación pasada ha demostrado poca capacidad explicativa entre los adultos jóvenes, lo que ha orientado la investigación al análisis de la perspectiva presente y futura como predictora de conductas de salud. Zimbardo y Boyd (1999), proponen un modelo de Perspectiva Temporal de cinco factores que promueven diferentes actitudes hacia marcos temporales. Orientación hacia el pasado que podría ser positivo o negativo. *Pasado positivo*, refleja una visión cálida y placentera, con frecuencia sentimental y nostálgica del pasado con el mantenimiento de relaciones con los amigos y la familia. *Pasado negativo*, está determinado por las experiencias personales que eran aversivas, traumáticas o desagradables. La orientación hacia el presente podría ser hedonista o fatalista. *Presente hedonista*, se refiere a vivir en el momento, en el aquí y ahora, la búsqueda del placer, disfrutando de actividades de alta intensidad, en busca de emociones y sensaciones nuevas y de apertura a las aventuras. *Presente fatalista*, asociado con la impotencia, la desesperanza y la creencia de que las fuerzas externas controlan la vida, por ejemplo, las fuerzas espirituales o gubernamentales. Por último, *Orientación al futuro*, se ocupa de trabajar por objetivos y recompensas futuras, a menudo a expensas del disfrute presente, retrasar la gratificación y evitar las tentaciones de pérdida de tiempo. De acuerdo con los autores del modelo, la perspectiva presente es predictora de conductas de riesgo para la salud. Sin embargo, la relación entre perspectiva presente y las conductas de protección no han sido lo bastante estudiadas (Henson et al., 2006).

De otro lado, la influencia de la PTF y su relación con conductas protectoras ha sido abordada por diversos investigadores. Por ejemplo, Zimbardo, Keough, & Boyd (1997) hallaron que las

personas con una PTF sólida reportan menos conductas de riesgo. En Dilorio, Lehr y Carlone, (1993), la PTF se correlaciona positivamente con conductas protectoras de la salud. En Henson et al. (2006), la perspectiva de tiempo futuro se destaca por ser un factor importante en lo que tiene que ver con conductas saludables, ya que esta tiene en cuenta las motivaciones de las personas, el valor que le dan a cada uno de ellos a futuro y las expectativas de triunfo de la persona. En otro estudio con estudiantes universitarios con una media de edad de 19 años, se exploró la salud física y la relación entre conductas saludables, conductas de riesgo y PTF. El 87 % de los estudiantes reportaron una percepción de la salud entre buena y excelente, y los resultados revelaron que la PTF se correlaciona positivamente con conductas protectoras de la salud y negativamente con conductas de riesgo.

Los objetivos educativos desempeñan un papel protector contra los comportamientos arriesgados para la salud a largo plazo como menos conductas de riesgo en los adolescentes varones (Somers y Gizzi, 2001). En estudios longitudinales, las metas orientadas al trabajo/ocupación, se han relacionado con disminución de conductas de riesgo como delincuencia, consumo de drogas y alcohol, en un período de un año (Skorikov y Vondracek, 2007).

Con relación a la influencia que ejercen los estados psicológicos sobre el contenido de las metas, la literatura muestra que las metas intrínsecas se asocian a un mayor bienestar en los adolescentes. Sin embargo, existen algunas metas que pueden influir de manera negativa en los adolescentes, y están asociadas a un peor bienestar (Schmuck, 2001); metas extrínsecas relacionadas con riqueza, fama, imagen están asociadas a conductas de riesgo (Williams et al., 2000) y un estilo de vida sedentario (Pikó y Keresztes, 2006). Cohen y Cohen (2001), muestran que los adolescentes que valoran la riqueza y los placeres físicos tienen un mayor riesgo de desarrollar varios tipos de trastornos psicológicos disruptivos y de la personalidad; mientras que las metas relacionadas con desarrollo personal pueden ejercer como factor protector contra trastornos de depresivos. En un estudio sobre los trastornos emocionales desde una perspectiva motivacional con adolescentes disfóricos y no disfóricos, Dickson y MacLeod (2006) encontraron que los adolescentes deprimidos reportaron un mayor número de motivos por los que las metas no podrían realizarse, y un menor número de razones por las cuales los objetivos podrían alcanzarse, asimismo, un menor número de planes, lo que lleva a un menor control sobre

la búsqueda de la meta comparados con el grupo de chicos no disfóricos. De acuerdo con estos estudios, se observa que la motivación menos autodeterminada (Deci et al., 2000) o *metas extrínsecas* pueden relacionarse con conductas de riesgo y perpetuarlas o mantenerlas y están relacionadas con peores estados de bienestar psicológico. Al contrario, la motivación más autodeterminada o *metas intrínsecas* se relacionan con emociones positivas como: mayor interés, estados psicológicos óptimos (flow), concentración, esfuerzo y rendimiento.

En este marco de ideas, afirma Little (1989): «las personas pueden aumentar su bienestar en la medida en que se planteen proyectos significativos, bien estructurados, apoyados por otros, no excesivamente estresantes o desafiantes y que generen un sentimiento de auto-eficacia» (p. 20). En diversos estudios se han constatado relaciones positivas entre las metas y la satisfacción; por ejemplo, Payls y Little (1983), encontraron en jóvenes universitarios y adultos que la alta satisfacción con la vida, se relacionó con un mayor compromiso en proyectos personales a corto plazo, con un grado de dificultad moderada y con la presencia de una red social que comparte los mismos proyectos y ofrece apoyo social.

En Díaz-Morales (2001), las metas relacionadas con estudios, familia y trabajo se asociaron a la satisfacción. Otras variables contenidas en el bienestar psicológico como la autoestima se relacionaron con la probabilidad de logro de metas educativas, profesionales y familiares (Malmberg, 2002). Por otro lado, se ha encontrado una asociación importante entre una larga extensión temporal, una actitud positiva hacia el futuro y altos niveles de satisfacción con la vida (Thomae, 1981). Otros estudios muestran que el logro de las metas que la persona se plantea favorece la realización del plan de vida y, por tanto, contribuye a incrementar su sensación de bienestar o satisfacción. En este sentido, la satisfacción de necesidades, deseos o la obtención de metas proporciona emociones altamente positivas (Díaz Morales et al., 2002).

Sin embargo, los contenidos de meta relacionados con salud, son reportados por los adolescentes con una mínima frecuencia (Díaz-Morales, 2001). Frente a estos resultados, explican Baltes, Lindenberger y Staudinger (1998) que las prioridades vitales de las personas se modifican con el tiempo a lo largo del ciclo vital. Estos autores encontraron en un estudio transversal con personas de 25 a 105 años, que la salud cobraba importancia a medida que las personas envejecían, para ser la prioridad fundamental en las personas de más edad.

Desde otras perspectivas evolutivas, según Brandtstädter (1998) el bienestar depende en gran medida de la distancia entre el estado actual y las metas de cada persona; así, a mayor distancia con las metas que se desean conseguir, menos bienestar; mientras que la relación es inversa con los estados que se desean evitar. Es decir, cuando esa distancia implica una amenaza a nuestro bienestar (las metas deseadas se perciben demasiado lejos, o las no deseadas demasiado cerca) se ponen en marcha estrategias y planes de acción destinados a modificarla. Lo que estaría hablando de los procesos de acomodación y asimilación. En un estudio realizado por MacLeod, Coates & Hetherington (2008) con dos grupos en los que se desarrolló un programa de intervención con objetivos, planificación y competencias relacionados con el bienestar, refieren en los resultados un aumento significativo en el bienestar subjetivo en un grupo; en comparación con sus respectivos grupos de control que no recibieron la intervención. Los resultados muestran que: a) el establecimiento de metas y la capacidad de planificación tienen un nexo causal con el bienestar subjetivo y; b) que esas competencias se pueden aprender para mejorar el bienestar.

En una investigación cuyo objetivo fue evaluar las relaciones de la orientación positiva hacia el futuro de resiliencia, la felicidad y la ideación suicida sobre la calidad de vida de 291 adolescentes de colegios públicos de la ciudad de Bogotá, Quiceno y Vinaccia (2014) hallaron que, en general, los estudiantes tuvieron altos niveles de orientación positiva al futuro, es decir, tenían muy claras sus metas y objetivos personales percibiendo de forma optimista su futuro. Similares resultados en otro estudio con población colombiana que evaluó las relaciones de los factores salutogénicos/patogénicos sobre la calidad de vida de 40 adolescentes escolarizados de la misma ciudad, en el que los adolescentes se apreció que tiene una orientación positiva hacia el futuro (Quiceno, Vinaccia, Zilena y González, 2014).

En Núñez et al. (2010), se hallaron relaciones directas y positivas entre la motivación intrínseca, el autoconcepto físico y la satisfacción con la vida a través de la comprobación de un modelo estructural. De acuerdo con los autores, estos resultados son consistentes con las premisas de la *Teoría de la autodeterminación*, donde se establece que las formas más autodeterminadas de motivación se relacionan con una mayor valoración personal y con una mejor percepción de la satisfacción con la vida (Ryan y Deci 2000).

En estudios más recientes, Marttinen y Salmela-Aro (2012) con una muestra de 1144 estudiantes de secundaria de Finlandia, con una media de edad de 17 años, examinaron los tipos

de orientación de los adolescentes de acuerdo a sus objetivos personales y cómo la orientación influyen en el bienestar subjetivo; posteriormente, asociaron el burnout en el estudio, síntomas depresivos y satisfacción con la vida. Las autoras analizaron las metas de acuerdo a cuatro grupos de orientaciones: propiedad, orientación vocacional, relaciones sociales y educación futura y sí mismo. Los chicos reportaron un 62 % de las metas relacionadas con propiedad (riqueza, dinero, educación actual y salud). También los chicos enumeraron un 60 % de metas relacionadas con orientación vocacional (trabajo, profesión, convertirse en un profesional). Las metas mencionadas en la categoría relaciones sociales y educación futura, se asociaron con amigos, pareja, familia futura, formación en el futuro. Las chicas nombraron un 68 % de estas metas. Respecto a las metas relacionadas con sí mismo (crecimiento personal, gestión de la vida, independencia) solamente el 13 % de los adolescentes hizo referencia a estas pero un 71 % eran chicas. Este tipo de metas se asoció más con burnout en el estudio y síntomas depresivos y la satisfacción con la vida y la autonomía fue más baja que en los demás grupos de categorías. Las chicas presentaron niveles más altos de burnout en el trabajo escolar. De otro lado, la satisfacción con la vida se asoció positivamente con relaciones sociales y educación futura.

Salmela-Aro y Nurmi (1997), explican desde un modelo de causación «bidireccional», cómo la búsqueda de las metas y el bienestar tienen una relación circular o bidireccional; según los autores es predecible que las metas personales relacionadas con tareas normativas por edad, confirman el bienestar subjetivo, lo que se revierte en el aumento del interés por este tipo de meta. Asimismo, la manera en que las personas evalúan su situación vital en términos del bienestar subjetivo, influye en las metas que se plantea. De otro lado, estos autores muestran que hay evidencia de que un número desproporcionado de objetivos de sí mismo, como los que se centran en la auto-mejora o la personalidad, podrían estar relacionados con trastornos psicológicos, lo que explican mediante un modelo que denominan «ciclo acumulativo negativo» así, por ejemplo, la baja autoestima parece predecir la búsqueda de metas en relación con uno mismo, lo que de nuevo puede hacer que la autoestima disminuya.

En otra investigación realizada en Lima, con el objetivo de determinar la relación entre los niveles de resiliencia y el grado de definición del proyecto de vida en estudiantes adolescentes del tercer año de secundaria, Flores (2008) concluyó que los estudiantes son resilientes, existiendo una relación altamente significativa entre resiliencia y proyecto de vida, en ambos

sexos. Igualmente se observó que las mujeres presentan mayor grado de resiliencia y definición en sus proyectos de vida que los chicos.

De acuerdo con estos hallazgos, la relación de las metas con el bienestar se basa en el aspecto télico de las metas en la medida que la satisfacción de necesidades y deseos o el logro de metas, produce emociones positivas; así, la baja dificultad y la ausencia de ambivalencias y conflicto entre las metas, se relacionan con bienestar físico y psicológico.

Teniendo en cuenta los postulados teóricos reseñados y los resultados de estudios previos; con relación a las metas en los adolescentes, se pretende determinar diferencias entre el tipo de metas y la frecuencia en chicos y chicas, las acciones que han realizado y planean realizar a futuro para su logro, sus estrategias de adaptación, el control que tienen sobre las metas, la probabilidad de que se hagan realidad y la actitud que tiene frente al futuro. Además, cómo estos componentes se relacionan con la percepción que tiene de su estado salud y bienestar, con su nivel de resiliencia y con las actitudes de género.

#### **5.10. Resumen**

La adolescencia, como etapa de cambio, es un punto de inflexión durante el que se establecen propósitos vitales y se planifican estrategias que se implementarán para alcanzar las metas planteadas. Dichas metas reflejan las tareas de la vida pertinentes de este período de la vida y se van modificando en el transcurso del tiempo, recogiendo la influencia de las experiencias y del conocimiento que se va adquiriendo para configurarlas y están muy vinculadas al contexto cultural, actuando como un espejo del estadio evolutivo de una determinada sociedad.

En la configuración de las metas personales, existen múltiples variables que interfieren, destacándose especialmente el papel del contexto cultural en el que la vida del adolescente sucede. Los factores sociodemográficos y culturales, tales como la edad, el sexo, las características familiares, entre otros, influyen de manera determinante en la motivación de los adolescentes. Asimismo, los recursos psicológicos también juegan un papel esencial en la determinación de las posibles vías que tienen los adolescentes para lograr sus metas.

En relación con la edad, este es un factor importante en tanto que a medida que va transcurriendo la adolescencia, los intereses principales sobre los que versan las metas establecidas van cambiando, así como la capacidad de conseguir alcanzarlas, gracias a la mejora

de las habilidades de planificación y la adquisición de nuevas destrezas adquiridas en el desarrollo de la madurez cognitiva. El sexo, por su parte, determina las preferencias escogidas, siendo las chicas más proclives a optar por metas más asociadas a la consolidación de relaciones con los demás y a metas educativas y optando los chicos por metas vinculadas al éxito personal, a ocupación y a posesiones materiales.

El estado de salud y bienestar psicológico pueden influir en la determinación de metas y, a su vez, el cumplimiento de las estas se relaciona con estados de satisfacción.

Las diferencias entre las metas de los adolescentes varones y mujeres, o la ausencia de ellas, puede ser atribuible a factores contextuales tales como la socialización y la cultura y, por tanto, pueden estar determinadas por estereotipos y roles de género.





# *Capítulo 6. Actitudes de género*

---



*La igualdad es una necesidad vital del alma humana. La misma cantidad de respeto y de atención se debe a todo ser humano, porque el respeto no tiene grados.*

Simone Weil.

## **6.1. Introducción**

El concepto de género definido dentro del contexto sociocultural y el sexo concebido como la dicotomía biológica hombre-mujer, es el planteamiento preponderante actualmente. Según García-Leiva (2005), en cada persona se da una continua interacción entre lo biológico y lo cultural, entre el dimorfismo sexual, hombre-mujer, y el producto sociocultural de cada uno de ellos, representado en masculinidad-feminidad, además de las más recientes categorías de andróginos e indiferenciados. Así, desde perspectivas más abiertas a la diversidad y a la diferencia, se ha despertado el interés por la igualdad de derechos de todas las personas, dando paso al estudio del género desde diferentes áreas del conocimiento.

En este contexto, la igualdad de género, hoy en el centro del discurso socio-político, tiene importantes repercusiones salugénicas para la población, redundando sobre la calidad de vida de las personas y el sistema de relaciones que se establece entre hombres y mujeres en tal contexto.

En el presente aún se perpetran actitudes y comportamientos discriminatorios que se dirigen contra una persona por ser perteneciente a un sexo, a pesar de disponer de legislación específica para resolver este tipo de comportamientos que aún no se han extinguido y, tal y como se analizará en el este capítulo, en el presente, el sexismo entre los adolescentes continúa vivo, fruto del aprendizaje social que ha conllevado a que sea interiorizado por los jóvenes, en los que se advierten creencias sobre los rasgos que identifican a hombres y mujeres que causan la adopción de conductas discriminatorias y desigualdad e inequidad en las relaciones en diferentes ámbitos de la vida.

En la investigación respecto a la igualdad de género y las actitudes que son mantenidas en una población, se advierte que a lo largo de la vida se van sucediendo distintas fases en las que el aprendizaje social contribuye a conformar el entramado de creencias que se asumen y se reproducen; el aprendizaje en torno a la igualdad inicia desde el nacimiento; sin embargo, un

momento importante es la adolescencia, cuando se pone en entredicho lo ya interiorizado y se cuestionan los planteamientos previamente adquiridos.

Las actitudes y los aprendizajes sociales en edades tempranas tienen una gran influencia sobre las actitudes que se mantendrán durante las fases posteriores. La desigualdad entre los sexos pueden tener consecuencias que afectarán, negativamente, distintos ámbitos (familiar, personal, económico y laboral). Respecto a las diferencias por sexo, se observa que entre los chicos existe más sexismo que entre las chicas, siendo tema de interés de los investigadores desarrollar acciones y políticas que permitan desplazar por completo de la sociedad las actitudes que promueven la diferenciación sustentada en el sexo.

## **6.2. El concepto género**

Entre la multitud de categorizaciones que pueden establecerse entre hombres y mujeres, el sexo es uno de los criterios más extendidos, siendo, con toda seguridad, el principal (de Sola y Martínez, 2003). No obstante, a diferencia de lo que ocurre en el reino animal, entre las personas la estructuración de la población en torno a dos grupos, mujeres y hombres, no atiende exclusivamente a cuestiones biológicas, sino que se completa con la atribución de rasgos socioculturales que delimitan cómo se han de comportar y qué posiciones ocupar en la sociedad.

García-Leiva (2005) ha indicado que esta categorización que se deriva del sexo influye en la persona de tal forma que con base en esta asume su auto identidad, escogiendo los rasgos que son adecuados para el sexo al que pertenece. Para esta autora el proceso de construcción de la identidad personal está regulado a nivel social, a pesar de que es interiorizado por cada persona de forma distinta. Los modelos teóricos que arrojan luz sobre este proceso han tratado de esbozar la estrategia que se emplea en la construcción de la identidad y cómo la sociedad participa en este proceso; no obstante, estos modelos poseen limitaciones, siendo muy reducido su poder explicativo.

Para de Sola y Martínez (2003), un elemento común que comparten todas las culturas es esta distinción entre sexos, asumiéndose tradiciones muy diversas en este campo que se construyen a la luz de las creencias.

En consecuencia, las características que adquieren la forma en que hombres y mujeres se relacionan entre sí son una expresión de las creencias que en tal contexto se han asignado a los

roles de cada género (Ramírez y López, 2013). Así, los lazos que se constituyen se anclan sobre la carga simbólica trasladada a través de la socialización que opera como vehículo de transmisión de las ideas sobre el género.

El género, que forma parte de la identidad de cada persona, y está conformado por las actitudes que son por cada uno, son una forma de interpretación que funciona como una guía informadora de los consensos admitidos sobre lo que conlleva ser hombre o ser mujer en una sociedad concreta y cómo se ha de ejercer el rol que corresponde a cada uno en virtud de las diferencias biológicas que posee respecto a los demás (Pallarés, 2012).

Para Ramírez y López (2013), el género es una categoría de análisis que se asienta sobre las determinaciones biológicas que diseminan a la población en dos sexos, unido a la representación asimétrica que se atribuye a cada uno de estos. De esta forma, en torno al sexo femenino y masculino se estructuran una suerte de ideas que son asimiladas, bajo las que se establece qué es apropiado para unos y otras, determinando, en el contexto de las relaciones, los comportamientos y actitudes que se han de adoptar por cada uno.

La consecuencia que se desprende de esta transmisión cultural es la asimetría en las relaciones que se construyen, cuyo fundamento es la creencia de la diferencia existente entre mujeres y hombres que permite asentar la desigualdad como sustrato estructural de sus vínculos. Hoy en día, la sociedad cada vez más consciente de lo pernicioso de estas dinámicas, trata de reivindicar la igualdad en los distintos ámbitos sociales, siendo criticada esta transmisión ideológica en torno al sexo (de Sola y Martínez, 2003). De acuerdo con Pallarés (2012), los eventos de discriminación y las actitudes que se mantienen en la sociedad son la expresión del desequilibrio que se aprende con la inserción en el entorno. Este mismo autor ha llamado la atención sobre el hecho de que, por ejemplo, en un país como España, a pesar de la presencia de legislación sobre la igualdad, aún existe entre la sociedad un régimen de creencias sobre el género instauradas como parte del sistema social, que conforman una «cultura de género», entendida como la configuración de los elementos que sirven a hombres y mujeres para diferenciarse entre sí y que son adquiridos mediante las interacciones que tienen lugar en la sociedad. En efecto, consiste en un evento regido por el dinamismo mediante el que se conocen los modelos de representación que son válidos en una sociedad tan solo participando de esta con el día a día. De esta forma, para el autor, los hallazgos que indican que entre los jóvenes aún en el presente se den actitudes

sexistas son el correlato necesario de las actitudes culturales que les han sido transmitidas y los talentos discriminatorios que se mantienen no son más que el resultado del sexismo que se afirma sobre la sociedad.

El aprendizaje social en torno al género inicia con el nacimiento, donde ya desde el primer momento se entra en contacto con las creencias sobre los roles sexuales que llevarán al niño a adoptar unos comportamientos determinados en función de su sexo biológico, asentándose durante los primeros años de vida el germen de la diferencia que marcará la asimetría de las relaciones que se mantienen a lo largo de la vida y se transmiten a las nuevas generaciones (González y Cabrera, 2013).

Desde otras perspectivas, de acuerdo con Díaz-Aguado (2006), los acontecimientos de violencia de género que hoy en día tienen lugar en nuestra sociedad nacen de la asunción de los estereotipos que se transmiten mediante el aprendizaje social que instituyen creencias sobre las cuales los roles se delimitan a partir del género, trasladando una pauta de actuación a los jóvenes que, a falta de otros referentes, adoptan como guion para regir su vida. Coincidiendo con esta autora, García (2013) sostiene que los roles que son transmitidos a hombres y mujeres de forma diferenciada en la sociedad llevan, durante la adultez, a que la violencia sea percibida de forma desigual por unos y otras y a amparar el papel de esta dentro de la pareja, viéndose en algunas circunstancias tolerada.

En consecuencia, la igualdad de género es uno de los temas más populares en el debate sociocultural, alimentado por los eventos de violencia y discriminación que tienen lugar en los diferentes contextos en los que la persona se desenvuelve. Los patrones biológicos que permiten diferenciar a hombres de mujeres no se conectan con las atribuciones sociales que se han establecido en torno a varones y mujeres. Así, sobre el argumento de que biológicamente hay distinción entre unos y otras, se ha construido un acervo de creencias generalizadas conducentes en la práctica a la desvalorización de la mujer sobre la base de la diferencia.

### **6.3. Identidad de género: modelos explicativos**

Como se mencionó en la introducción a este capítulo, el concepto de género definido dentro del contexto sociocultural y el sexo concebido como la dicotomía biológica hombre-mujer es el planteamiento preponderante actualmente. En cada persona la continua interacción entre lo biológico y lo cultural, lo lleva a tener una posición masculina, femenina, andrógina o indiferenciada. Este entramado configura la identidad de género.

La identidad de género, hace referencia al hecho de ser percibidos y vernos a nosotros mismos como mujeres o como hombres. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la identidad de género como la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la experimenta, la cual podría corresponder o no, con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género como el habla, la vestimenta o los modales. El proceso de formación de la identidad de género se inicia desde la infancia, y se refleja en el desarrollo psicosexual de las personas; se da a nivel individual pero se desarrolla en interacción con el aprendizaje de roles, estereotipos y conductas que provee la cultura (Barberá, 1998), desarrollando su propio sentido de masculinidad y feminidad. Entre las teorías que explican estos procesos de interacción y construcción de identidad de género, se destacan las teorías cognitivas centradas en los procesos internos de la persona y los modelos sociales y de interacción sociocognitiva que incluyen tanto factores individuales como sociales.

#### **6.3.1. Teorías Cognitivas**

En estas teorías los elementos centrales para la construcción de la identidad de género es el proceso identitario, autocategorización y la estabilidad a lo largo del ciclo vital.

##### **6.3.1.1. Teoría Cognitivo-Evolutiva de Piaget y Kohlberg**

En sus teorías Piaget (1966) y Kohlberg (1981) ponen en paralelo el desarrollo del género y el progreso intelectual del niño. Los niños se categorizan tempranamente como hombre o como mujer, asimismo tiene una visión estereotipada de los otros y del mundo en general. Hacia los cinco años los niños perciben el género como una constante. Posteriormente, a través de la observación y la imitación los niños perciben conductas más adecuadas para uno u otro sexo.

Este modelo no considera los cambios de identidad de género que pueden surgir a lo largo del ciclo vital y plantea una causalidad lineal directa de los estadios genéticos evolutivos.

#### **6.3.1.2. Teoría basada en el concepto de esquemas de Bem**

Esta teoría se fundamenta en la corriente del procesamiento de la información. Cada persona puede incluirse en una categoría como hombre o como mujer, y procesa e interpreta la información con base en su pertenencia grupal, siendo el contexto el que determina qué es lo adecuado para cada género (Martin y Halverson, 1983). El esquema de género está conformado por una estructura de roles, estereotipos y conductas sobre el que se configuran las cogniciones y comportamientos propios (Bem, 1981). Este modelo discrimina entre personas *esquemáticas* que interpretan la realidad y construyen su identidad a partir de los modelos de feminidad y masculinidad; y las personas *no esquemáticas* (andróginas) que interpretan su realidad independientemente de los modelos, combinan características masculinas y femeninas.

Esta autora ha creado un instrumento que ha sido muy utilizado para la medición de la identidad de género Bem Sex-Role Inventory (BSRI); sin embargo, presenta limitaciones en cuanto a su capacidad para explicar la función de las estructuras sociales y las dinámicas grupales en la identidad de género.

#### **6.3.2. Teorías con perspectiva social**

Estos modelos explican el proceso de construcción de género en interacción con el contexto y los procesos intrasujeto.

##### **6.3.2.1. Modelos de interacción sociocognitiva**

Estos modelos se fundamentan en los procesos que explican la conducta humana tales como procesos cognitivos, motivacionales, comportamentales, estructura social y la situación específica (Barberá, 1998). Es la interacción entre las personas, el intercambio de factores individuales y sociales lo que posibilita la construcción de la identidad de género en función del rol que tiene cada persona. Es decir, explica a través de un mecanismo circular, la retroalimentación entre estereotipos y conducta en la interacción personal. A diferencia de los



modelos cognitivos, son los estereotipos adoptados en el proceso de aprendizaje social, los que determinan la forma en que se procesa la información para la construcción de la realidad.

### 6.3.2.2. Modelos sociales

Estos modelos incluyen las teorías del aprendizaje social y las teorías de la identidad social de género.

- I. *Teorías del aprendizaje* (Bandura, 1977). De acuerdo con estos planteamientos la construcción del género se da a través del aprendizaje. La consolidación del género está determinada por los modelos personales y los factores sociales que rodean al niño. Los padres son modelos fundamentales a imitar y tratan a niños y niñas de forma distinta; los niños, a su vez, copian dichas conductas que están orientadas a las expectativas que tienen sus padres. Estas conductas y procesos educativos diferenciales influyen en la identidad y en los roles de género (Petersen, 1980). Las teorías del aprendizaje no consideran los mecanismos intrapsíquicos responsables de la adquisición de las conductas ni como éstas influyen en el desarrollo del *self*.
- II. *Teorías de la identidad social de género*. Dentro de estas propuestas se incluyen la teoría del rol (Eagly, 1987), la teoría de la identidad social (Tajfel, 1981).
  - Teoría del rol social de género (Eagly, 1987). Esta teoría se apoya en el sistema de reglas que asigna responsabilidades y roles a los miembros de una comunidad; los roles sociales son construidos en la interacción dinámica entre los ejecutores y el resto de la comunidad. En general, esta teoría hace referencia a la relación entre rol e identidad haciendo énfasis en el rol laboral y los rasgos de personalidad. La separación por roles, que adquiere carácter de norma, presenta un efecto directo sobre la identidad de género, en la medida que los roles definen muchas de las actividades de las personas, asimismo como las formas en que estas interactúan en una sociedad (Escartí, Musitu y Gracia, 1988). Estas relaciones generan desigualdades sociales tanto en el ámbito público como privado, ya que mediante la asignación se regulan las habilidades y motivaciones de hombres y mujeres orientándolas en la dirección de los estereotipos que se perpetúan.

- La teoría de la identidad social (Tajfel, 1981). En esta teoría prima lo social y propone una identidad social de género como una construcción a partir de los mecanismos cognitivos y motivacionales existentes en las interacciones de las personas pero, a su vez, conlleva un proceso de auto-estereotipaje en el que las actitudes y normas del grupo de pertenencia se incorporan a la identidad personal. Esta identidad social define a cada persona como hombre o mujer.

#### **6.3.2.3. Teoría Construccionalista Social de Gergen**

Es una propuesta sociológica y psicológica del conocimiento que considera cómo los fenómenos sociales se desarrollan particularmente desde contextos sociales. Dicho enfoque concibe el género como una configuración de normas, prácticas y relaciones que evolucionan a través de transacciones sociales influenciados por las diferencias de poder (Bohan, 2002). Los análisis construccionistas sociales consideran que las categorías de diferencia son fluidas, dinámicas y cambiantes según el contexto histórico y geográfico; en este sentido, una perspectiva construccionista social implica que las desigualdades existentes no son inevitables ni inmutables. Los análisis construccionistas sociales cuestionan los fundamentos categóricos de las desigualdades al revelar su producción y reproducción a través de sistemas desiguales de conocimiento y poder, entendido esto, esta perspectiva resulta claramente útil para las investigaciones y teorías feministas (Kang, 2012).

Actualmente, los planteamientos construccionistas se han puesto en la tarea de desarrollar una postura teórica y epistemológica vinculada a la crítica y la «deconstrucción», cuyo objetivo no es solamente desvelar la realidad, sino comprender a través del análisis crítico cómo podría concebirse la realidad desde otras perspectivas y qué tipo de relaciones se podrían instaurar desde estas nuevas ideas y lecturas de la realidad y del sí mismo (Crespo, 2003). Esto lo argumenta Gergen (1973), cuando explica que teniendo en cuenta que las sociedades humanas cambian constantemente a través de la historia, en esta misma medida, los significados y sentidos que las personas atribuyen a la realidad, también deberían cambiar, lo cual incide en las acciones y decisiones de las personas. El instrumento utilizado en esta tesis doctoral para evaluar las actitudes de género están fundamentadas en esta teoría.

### 6.3. Ideología de género: actitudes sexistas hostiles y benévolas

Antes de abordar el tema, es conveniente hacer una breve diferenciación de algunos términos para un mejor entendimiento. Moya (2004), en un glosario define claramente los siguientes conceptos relacionados con sexismo:

- *Actitud*, es la tendencia psicológica manifiesta en la evaluación de algún objeto socialmente relevante. Esta evaluación suele basarse en tres procesos diferentes que pueden darse simultáneamente, aunque no siempre todos tienen la misma intensidad: aspectos cognoscitivos (o creencias), afectivos y conductuales.
- *Sexismo* (también denominado «ideología de género»). En su acepción más amplia se entiende como una *actitud* dirigida hacia las personas en virtud de su pertenencia a los grupos basados en el sexo biológico (hombres o mujeres). De forma más restringida, lo más frecuente ha sido entenderlo como una actitud *de prejuicio* hacia las *mujeres*. En la actualidad por sexismo suele entenderse también una ideología, un conjunto de creencias acerca de los roles, características, comportamientos, etc., considerados apropiados para hombres y mujeres, y sobre las relaciones que los miembros de ambos grupos deben mantener entre sí. Esta ideología contribuye al mantenimiento del statu quo, esto es, a que se perpetúe la situación de subordinación y de subyugación de las mujeres como grupo.
- *Sexismo benévolo*. Conjunto de actitudes interrelacionadas hacia las mujeres que las considera de forma estereotipada y limitadas a ciertos roles (madre, esposa), pero que tiene un tono afectivo positivo, para el perceptor, y tiende a suscitar en él conductas habitualmente consideradas prosociales (por ejemplo, ayuda) o de búsqueda de intimidad (por ejemplo, revelación de uno mismo).
- *Sexismo hostil*. Actitudes de clara antipatía y rechazo hacia las mujeres, especialmente hacia aquellas que son percibidas como amenazadoras para la superioridad o dominio de los varones (por ejemplo, feministas, profesionales).

La ideología de género hace referencia al sistema de creencias interiorizadas por la persona sobre las que este asienta su identidad, sirviéndole aquellas para justificar la desigualdad o la diferencia de poder entre los sexos, siendo el germen que instituye las relaciones asimétricas de

poder que hoy conforman el telón de fondo de las actitudes violentas que emergen en la sociedad. En concreto, la manifestación de la ideología de género se aprecia a través del sexismo, concepto que se define como el conjunto de actitudes en torno a los roles que se plasman en la sociedad y apreciables en las relaciones que se establecen entre las personas.

Para González y Cabrera (2013), las actitudes de género están formadas por aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales, de forma que son un agregado de emociones, sentimientos, pensamientos y conductas que surgen de la evaluación que realizan las personas sobre su entorno; por tanto, las actitudes de género no están relacionadas con el sexo biológico al que se pertenece, consistiendo en formulaciones sociales que se interiorizan con la socialización. Rocha (2009) refiere que las actitudes de género son mantenidas tanto por hombres como por mujeres y nacen en el escenario social y están basadas en los estereotipos sobre el rol que hombre y mujer han de desenvolver, circunstancia que fomenta la discriminación dado que asocian a cada sexo características diferenciadas que se conectan con actitudes y tareas propias, lo que correlativamente promueve asumir la existencia de desigualdad (citado por González y Cabrera, 2013). Estos mismos autores sugieren que los hombres asumen en mayor medida los estereotipos, interiorizándolos como parte de su identidad que proviene de la comprensión de la sexualidad que se construye en la esfera social, destacando la influencia cultural sobre el comportamiento.

El sexismo se ha expresado a través de los prejuicios y discriminaciones fundadas sobre la debilidad del sexo femenino; en efecto, tradicionalmente se ha sostenido que la mujer había de ser considerada en posición de inferioridad respecto al varón, lo que ha generado efectos correlativos sobre mujeres y hombres que han servido a ambos para consolidar sus diferencias (Pozo, Martos y Alonso, 2010). El sexismo tradicional se instituye así de forma unidireccional, siendo las mujeres las destinatarias de las actitudes de discriminación que se generan, —piénsese, por ejemplo, en el llamado «techo de cristal» que impide a la mujer alcanzar puestos de primera línea en las instituciones públicas y privadas o el desequilibrio que se materializa entre los miembros de la pareja respecto a la conciliación laboral—. En este entorno, no solo pueden emanar conductas calificadas como hostiles, sino que también podrían iniciarse situaciones de maltrato y violencia, porque cuando estas actitudes y creencias se trasladan al plano afectivo, es

posible que se adopte un comportamiento dominante, naciendo el sexismo y la hostilidad que derivan de la contraposición y alimenta el conflicto.

En los siguientes apartados se citan algunos autores que han trabajado en esta línea y reconocen la existencia y las implicaciones del *sexismo hostil* o *tradicional* y el *sexismo benevolente* en las relaciones sociales.

En la actualidad, el sexismo ha evolucionado hacia formas más sofisticadas y sutiles debido al avance social, llevando hacia una ideología de género en la que se solapan actitudes positivas y negativas hacia la mujer, lo que Glick y Fiske (2001) han asentado en la teoría del sexismo ambivalente, en la que el sexismo está formado por elementos hostiles y benevolentes que caracterizarían esta duplicidad de talantes que se adoptan respecto al sexo femenino (Pozo et al. 2010; Vaamonde, 2010).

Siguiendo a Vaamonde (2010) el sexismo constituye un constructo que se compone al mismo tiempo de ambos comportamientos, los hostiles y los benevolentes, que a pesar de ser independientes, se conectan en tanto que ambos persiguen la misma finalidad, y, en las sociedades sexistas, son los hombres los que configuran ambos tipos de sexismo, formando parte tanto del problema (hostilidad) como de la solución (benevolencia). Bajo los postulados de Glick y Fiske (2001), las actitudes hostiles son las más cercanas al sexismo tradicional (Pozo et al. 2010). Para Rodríguez et al. (2010) es necesario llamar la atención tanto sobre los comportamientos de sexismo hostil como sobre aquellos que constituyen sexismo benevolente, ya que ambos contribuyen a perpetuar la desigualdad vigente; de hecho, de acuerdo con estos autores y pese a que tradicionalmente han resultado obviados, los comportamientos integrados bajo la categoría de sexismo benevolente resultan incluso más perjudiciales que los que conforman el sexismo hostil en la adquisición de la igualdad de la mujer.

Según Rodríguez, Lameiras, Carrera y Failde (2010), la combinación de sexismo hostil y benevolente consolidan en el terreno social la subordinación de las mujeres a través de la sistematización de castigos y premios que se vinculan respectivamente a tales actitudes. Para estos autores, las actitudes hostiles que se dirigen desde el hombre hacia la mujer son respondidas por estas en el mismo sentido, de forma que la hostilidad es bidireccional y las actitudes benevolentes que los hombres mantienen con las mujeres son igualmente

correspondidas con otras actitudes benevolentes que las mujeres dirigen a estos, dando lugar al arraigo del sexismo en la sociedad.

El sexismo benevolente supone amar y odiar a la vez, querer a unas mujeres y rechazar a otras, escogiendo cuáles son amadas y cuáles son odiadas en función de si asumen o no el rol impuesto socialmente, y el sexismo hostil focaliza el desprecio sobre aquellas mujeres que no admiten el rol que se le ha atribuido en la sociedad por pertenecer a un determinado sexo, siendo ambas fórmulas dos caras de una misma moneda en la que se trata de limitar la capacidad de la mujer para escoger, por sí misma, qué valores desea que conformen su identidad (Cárdenas, Lay, González, Calderón y Alegría, 2010).

Con relación a los adolescentes se dan actitudes propias de la ideología de género que se evidencian en las conductas de discriminación, que no son más que la aseveración de que los estereotipos son aún tangibles y la mujer aún no ha conquistado la igualdad en las esferas en las que se desenvuelve (Pallarés, 2012). Junto a estas actitudes, este mismo autor señala también las conductas de sexismo benevolente que son muy sutiles y rara vez son percibidas, constituyendo una forma de sexismo más sofisticado que a pesar de la apariencia que reviste resulta tan peligroso como las actitudes hostiles. Para este autor el peligro de estas conductas estriba en que, frente a las manifestaciones de sexismo hostil que son reprimidas y rechazadas por la sociedad, estas no son concebidas como perniciosas y, por tanto, en muchas ocasiones pasan desapercibidas, e incluso son aceptadas de forma positiva por las mujeres.

Asimismo, se ha podido constatar cómo las diferentes expectativas que se asocian a uno y otro sexo, conllevan una especialización profesional diversificada que responde a los estereotipos asimilados por chicos y chicas que les llevan a escoger, con base en su sistema interno de creencias, distintas carreras (García Buzón, González-Piñal, Barragán y Ruiz, 2010). Esta circunstancia podría ser uno de los efectos que se desprenden del modelo educativo, que si bien ha avanzado hacia la igualdad, aún en la actualidad contribuye a reproducir en las nuevas generaciones creencias infundadas respecto a las profesiones que se han de desempeñar y crean barreras que dificultan a la mujer el acceso a ciertas profesiones o a ciertos puestos (Rodríguez, Vila y Freixa, 2008). Es así que existe un importante peso de la socialización a la hora de dirigir a la persona hacia unas profesiones u orientaciones académicas determinadas.

Hoy nos encontramos así, ante un escenario de sexismo en el que se combinan las fórmulas tradicionales con otras más modernas, igualmente peligrosas, sobre las que se hace necesario intervenir. De acuerdo con Pozo et al. (2010) la única estrategia que puede llevarse a cabo para combatir el sexismo es la socialización y la educación en la igualdad.

#### **6.4. El género como determinante social de salud**

El género podría ser considerado como uno de los ejes fundamentales de la vida social, en tanto establece una diferenciación jerarquizada de los espacios y funciones sociales (García, Jiménez y Martínez, 2010) y condiciona los procesos relacionados con la salud de mujeres y hombres (Krieger, 2003). El género, a su vez, es un determinante transversal de otros determinantes como la edad, el nivel socioeconómico, la etnia o variables de personalidad (Borrell et al., 2004, Sánchez-López y Limiñana-Gras, 2017). Así, el género se configura como un determinante social y una categoría en investigación.

Considerando que en esta tesis doctoral el sexo y la edad son variables de análisis, se describen como determinantes sociales que inciden en la salud junto con el género como eje transversal vertebrador de toda la investigación.

Sobre el sexo y la edad ya advertía Mead (1934) que son factores determinantes de la posición que crean ciertas expectativas de rol en todas las sociedades, por diferentes que estas sean. Así, en cada cultura los niños construyen una percepción positiva o negativa de los roles de género a través de los procesos de socialización.

Dichos determinantes sociales aluden a las desigualdades de género que se evidencia principalmente en el ámbito de la salud, es por ello que la multiplicidad de formas que adoptan las inequidades han llevado a que aumente el interés por el estudio de las desigualdades en salud. De acuerdo con la OMS (1990), las desigualdades se refieren a las diferencias injustas y evitables que se dan en la salud de mujeres y hombres. Las desigualdades evidencian los procesos y causas por las que tanto hombres como mujeres pueden ser afectados de manera diferencial por distintos procesos de salud-enfermedad.

En este mismo sentido, se ha encontrado que el desempeño de algunas funciones que se relacionan con las actividades u ocupaciones tradicionales asignadas a las mujeres, generan un alto coste para la salud, traducidos en estados de ansiedad, desmotivación y baja autoestima y

estados depresivos como consecuencia de la desvalorización en entornos laborales, pese a la cualificación o desarrollo profesional que han alcanzado las mujeres en los últimos años (Lasheras, Pires y Rodríguez, 2006). Según estos resultados, para las mujeres, tanto los roles de género asignados como el ajuste hacia la asunción de una posición igualitaria generarían malestar y una peor salud; sin embargo, se trata de una construcción social que ha iniciado un camino en el que las mujeres han ido ganando terreno. Frente a esto, cabe mencionar la afirmación de Díaz-Aguado (2006) que explica la percepción diferenciada en torno a la igualdad de una manera clara y sencilla; para las chicas, la igualdad es percibida como una conquista social, mientras que, para los varones, se interpreta en términos de pérdida.

En el contexto de la salud, el sistema de género está conformado por costumbres, creencias, normas, y prácticas que contribuyen al establecimiento de diferencias respecto a factores de riesgo. Por esto, es importante considerar, tanto las singularidades biológicas de hombres y mujeres, como entender la interacción del sistema de género en la construcción de las identidades y en la asignación de expectativas y responsabilidades, ya que en ellos se evidencian los problemas de salud como consecuencia de los roles asignados. En este sentido, la salud de las mujeres, además de un componente biológico, está condicionada por determinantes psicosociales, socioeconómicos y productivos.

La relación de los roles sexuales con la salud de la persona ha sido puesta en relieve en múltiples investigaciones, habiéndose llegado a asumir que el ser mujer está correlacionado con una mayor morbilidad; no obstante, en un estudio, con el análisis pormenorizado de algunas patologías, se muestra que las puntuaciones obtenidas por ambos sexos llevan a afirmar que el sexo no constituye un predictor que sitúe a la persona ante una mayor probabilidad de padecer enfermedades; sin embargo, la masculinidad y la feminidad sí. En un estudio que analizó la relación entre feminidad, masculinidad y salud, Matud et al. (2009) hallaron que el efecto de la masculinidad en el ajuste de mujeres y hombres es mayor que el de la feminidad. La masculinidad se asoció con menos problemas de salud mental tanto en hombres como en mujeres; en ellas, la masculinidad se relaciona con menos sintomatología depresiva somática y menos ansiedad y disfunción social. En los hombres, feminidad se asociaba con sintomatología de ansiedad y con autoconfianza. Así, aquellos que interiorizan los rasgos asociados a la masculinidad disfrutaban de una mejor salud psicológica, no obstante, las categorías masculina y



femenina no ejercían ningún influjo sobre la salud física. De acuerdo con estos resultados los autores han expuesto que, si bien el sexo por sí mismo no constituye un indicador de salud, el rol sexual si es una variable a tener en cuenta, ya que existe una influencia probada de los factores psicosociales sobre el bienestar y sobre la salud.

Los indicadores proporcionados por los estudios sobre la percepción de la salud y la enfermedad ponen de manifiesto que el sexo en interacción con la edad, identifican las características físicas y psicológicas de las personas de acuerdo al grupo etario al que se pertenece; además, diferencia las etapas por las que atraviesan mujeres y hombres en su proceso evolutivo, con esquemas distintos para cada sexo en cada período (García-Calvente, Lozano y Marcos, 2015).

En relación con la edad, la adolescencia es un período en el que se consolidan roles femeninos y masculinos que han sido interiorizados de manera sesgada y que se reflejan en prácticas y comportamientos que influyen de manera negativa en las interacciones sociales, en la salud y bienestar en los sucesivos momentos vitales de las personas (García-Calvente et al., 2015). Respecto a cómo perciben los adolescentes su salud, es importante destacar que las chicas expresan su salud en términos de bienestar y equilibrio en relación con el entorno, mientras que en los chicos la salud es expresada asociada a la fuerza y potencialidad física del cuerpo. Estas singularidades son importantes a la hora de entender cómo mujeres y hombres han interiorizado las normas sociales.

El mantenimiento de dichos roles y percepciones se debe a que aún, dentro del núcleo familiar, se fomentan valores que tienen un impacto diferenciado sobre chicos y chicas, generando una concepción negativa de fragilidad en las chicas y al contrario, una conciencia positiva de dominancia en los chicos (Conde & Camas, 1996). En este entramado de transmisión de conductas que se espera de cada persona de acuerdo a su sexo, en la identidad femenina se evidencia un malestar psicológico producto de la socialización cimentada en la desigualdad en el marco de la sociedad patriarcal (Legarde, 1996). Explica esta misma autora que en las mujeres de las últimas generaciones se percibe una identidad compleja como resultado del encuentro entre valores tradicionales y el surgimiento de las nuevas ideas de género que promueven la igualdad; lo que, a su vez, genera cierto malestar, ya que no logran integrar de manera satisfactoria estos valores en su propia identidad. Como indica Sau (1996), el reconocerse en esta

nueva posición como mujer, construir una identidad fundada en el poder de decisión y la autonomía, implica romper con los esquemas de los roles asignados tradicionales, que pueden conllevar culpas por no cumplir con el rol esperado. De acuerdo con esto, podría pensarse que estas dificultades de las mujeres, entendidas como parte del proceso de construcción de la identidad, podrían influir a la hora de valorar las actitudes igualitarias o trascendentes, mostrando tal vez, puntuaciones bajas.

### **6.5. Investigaciones sobre ideología de género en adolescentes**

En un reconocimiento de la incidencia de los roles de género en la salud, especialmente, de las mujeres, en los últimos años se han promovido estudios que tratan de mostrar cómo las actividades y roles asignados a las mujeres están asociados con el estado de salud percibido y pretenden visibilizar los efectos sobre la salud física y psíquica. En este sentido, la perspectiva del análisis de género debe posibilitar dar visibilidad al estado diferencial de mujeres y hombres, de los estereotipos y las relaciones de poder; además, debe permitir saber cómo perciben hombres y mujeres la salud, las causas de conductas y hábitos saludables y perjudiciales y la importancia que cada uno concede a esta.

La investigación en torno al género constituye un ámbito de estudio complejo, autores como Pozo et al. (2010) reconocen la multidimensionalidad de este fenómeno forjado por un crisol de creencias, actitudes y estereotipos que emanan de vértices tan variados como la política, la educación, la economía o las relaciones sociales. Para afrontar este objeto de estudio se han creado múltiples escalas que aparecen fundamentalmente en las últimas tres décadas con las que se trata de cuantificar distintas dimensiones, tales como el sistema de creencias vigente en una sociedad, las actitudes mantenidas por la población en torno al género y los comportamientos que se desarrollan.

Se persigue, en última instancia, obtener evidencias sobre las que diseñar estrategias de intervención que hagan avanzar hacia la igualdad de género (de Sola y Martínez, 2003). De acuerdo con Fernández et al. (2007), los ámbitos sobre los que desplegar instrumentos de investigación que estudien y permitan recoger la complejidad de la sociedad respecto al género son muy profundos y es preciso delimitar, como mínimo, las actitudes, las conductas y las creencias para trabajar con este objeto de estudio con precisión.

En este sentido, son variadas las investigaciones que se han centrado en el diseño de instrumentos para evaluar los constructos que dan cuenta de las diferencias de género gestadas en el entramado de cada sociedad. Se referencian algunas investigaciones.

En sus estudios sobre la construcción del instrumento *Social Role Questionnaire* (SRQ) para medir las actitudes de género tanto sexistas como trascendentes, Baber y Tucker (2006) hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres al respecto. Los análisis revelaron que las mujeres eran menos tradicionales en sus actitudes de género que los hombres la ( $t = -6.15$ ), asimismo, las mujeres mostraron una actitud de género trascendente mayor ( $t = -4.31$ ). Sin embargo, la edad no estuvo relacionada con las puntuaciones de la escala de género trascendente, pero se correlacionó débilmente con las puntuaciones de la escala general, ( $r = -.24$ ).

Recientemente, García-Cueto et al. (2015) mostraron la vinculación de los roles de género a las creencias sociales en torno a las que se construyen los estereotipos vigentes en una sociedad, que sustentarán las relaciones establecidas entre los miembros de una pareja. En un estudio, en el que estos autores desarrollaron la *Escala de Actitudes de Rol de Género* (EARG) con jóvenes españoles, construida con componentes de otros instrumentos, entre ellos el *Social Role Questionnaire* (SRQ-R; Baber y Tucker, 2006) confirmaron los resultados de investigaciones previas, donde prevalece en los varones una imposición de género por poder frente a las mujeres; pero de otro lado, se vislumbra que la transformación del sistema educativo está favoreciendo entre los adolescentes la construcción de la igualdad, siendo patente el rechazo de los jóvenes hacia las actitudes de violencia y los comportamientos sexistas.

En otros estudios, Lameiras-Fernández y Rodríguez-Castro (2002) han hallado diferencias entre chicos y chicas respecto a la igualdad, encontrando entre los chicos actitudes de sexismo benevolente y hostil. Igualmente, Vaamonde (2010) encontró similares diferencias, que atribuye a las actitudes individualistas que se manifiestan en el varón fruto de la transmisión cultural del patriarcado que atribuye a estos cualidades de este tipo; además halló que los adolescentes tanto chicas como chicos asumen las actitudes propias del sexismo benévolo en mayor medida. Pozo et al. (2010) refieren que entre la población femenina existen menos actitudes de sexismo, tanto benevolente como hostil, a diferencia de los hallazgos obtenidos en los chicos, entre los que se contemplan más posturas que conducen a afirmar la persistencia del sexismo tradicional, habiendo asumido estos en mayor medida los roles de género. Rodríguez et al. (2010) han

observado la existencia de más sexismo entre los chicos que entre las chicas y, en ambos sexos, a menor edad mayores son las actitudes de sexismo benevolente, las diferencias entre chicos y chicas se diluyen según va transcurriendo la adolescencia hasta igualarse las puntuaciones.

En Colás y Villaciervos (2007) se detectó que los adolescentes varones son más proclives a asumir los estereotipos e integrarlos en el seno de su sistema de creencias, especialmente respecto a la imagen corporal y las dimensiones social, emocional e intelectual. Para Pozo et al. (2010), esta circunstancia influye en el desarrollo de actitudes violentas, que principalmente corresponden a los varones y que estarían enlazadas a las creencias vinculadas a la debilidad de la mujer o la falta de competencias de estas en ciertos terrenos, conduciendo a su victimización. Estos autores concluyen que, en la actualidad, el sexismo aun se reproduce con intensidad entre los adolescentes. Así es, por ejemplo, como en Rodríguez et al. (2008) ha sido corroborada la permanencia de actitudes de género que vinculan al rol femenino, las tareas domésticas y reproductivas.

En la misma línea de estos resultados, González y Cabrera (2013) han hallado que los varones asumen en mayor medida los estereotipos, interiorizándolos como parte de su identidad que proviene de la comprensión de la sexualidad que se construye en la esfera social, destacando la influencia cultural sobre el comportamiento y señalan que la adolescencia es un periodo de transición y cambio durante el que las creencias que se tienen en relación al sexo son más débiles que las sostenidas por los adultos, debido a que los jóvenes se encuentran inmersos en una etapa de cuestionamiento de todo lo que les rodea ante la que se plantean diferentes rutas y planteamientos. No obstante, fruto del aprendizaje social, reproducen los estereotipos sociales y con base en ellos estructuran su ideología de género.

En otras culturas, un estudio realizado en la sociedad de Amhara de Etiopía, Yalew (1997) también muestran que, independientemente de su sexo, se mantienen arraigadas las actitudes tradicionales y estereotipadas de las mujeres.

Recientemente, López-Cepero et al. (2013), en un estudio que aporta información psicométrica de la versión reducida y adaptada al español del *Social Roles Questionnaire* (SRQ-R), instrumento utilizado en esta tesis doctoral, los autores encontraron que los chicos reportaron un nivel de aceptación superior comparados con las chicas en la *subescala de sexismo tradicional*, resultados que explican considerando que los ítems correspondientes a esta

subescala contienen diferencias de poder a favor de los hombres; mientras que las mujeres obtuvieron una media de aceptación significativamente superior en la subescala de *transcendencia de género* cuyos ítems se refieren a relaciones más igualitarias. Resultados similares en estudios previos (Glick et al., 2000; Glick et al., 2001).

En un estudio sobre el desarrollo de las actitudes de rol de género en las relaciones de noviazgo de estudiantes universitarios de México y Argentina, Bringas-Molleda et al. (2017), realizaron una adaptación del instrumento EARG / GRAS, que a su vez es una versión mejorada del SRQ-R y contiene 20 ítems. Los resultados informaron de más actitudes sexistas en las chicas y más actitudes trascendentes en los chicos. Explican que es probable que las respuestas de los chicos estén sesgadas por tendencia a ocultar características negativas. En cuanto a la edad, encontraron que, a mayor edad, más actitudes y conductas sexistas.

A pesar de que las investigaciones informan en mayor medida de las actitudes sexistas hacia las mujeres, existen también estudios que documentan la adopción de actitudes de igualdad entre los géneros. En un estudio reciente Ebrie (2015), midió la influencia de la edad y el sexo en la percepción de los roles de género en niños, adolescentes y adultos de población africana, con el mismo instrumento utilizado en esta tesis doctoral. Los resultados no mostraron diferencias significativas de sexo. Los adolescentes reportaron una actitud trascendente de género, que demuestra que perciben diferentes tipos de funciones, responsabilidades, rasgos y comportamientos no vinculados con la predisposición biológica del sexo o de los roles asignados socialmente; sin embargo, los niños mostraron una percepción de género tradicional y estereotipada, lo que demuestra que a mayor edad, aumenta la percepción igualitaria. En este sentido, la teoría cognitiva de Kohlberg (1966), plantea que los adolescentes se vuelven cada vez más flexibles a medida que maduran. Katz y Ksansnak (1994) demostraron que esta flexibilidad es más alta en adolescentes mayores. Más adelante, en Katz (1994) explica que los adolescentes se rebelan contra las convenciones sociales, con lo cual, este desarrollo hacia actitudes de género trascendentes se convertirían en un medio para el logro de independencia y predice que los adolescentes serían más flexibles y menos propensos a adherirse a estereotipos de género. Asimismo, otros estudios indican que la flexibilidad en la percepción de los roles de género, aumenta con la edad (Lynott & McCandless, 2000, citado en Zhang, 2006). Por el contrario, este último autor encontró que los estudiantes chinos más jóvenes eran más igualitarios con respecto

a los mayores. Su-hao & Liao (2005) obtuvieron similares resultados con población japonesa, taiwanesa y china. En estos estudios, el sexo fue significativo, mostrando una percepción del rol de género más sexista en los chicos y aumentó con la edad. De acuerdo con estos hallazgos, en culturas orientales, a mayor edad, la percepción del rol de género se vuelve más tradicional; mientras que, en las culturas occidentales, se vuelve más igualitaria.

Otros estudios informan que las actitudes y evaluaciones con relación a las mujeres no siempre son negativas y pueden ser más positivas que negativas a diferencia de las percepciones hacia los hombres (Moya, 2004), un ejemplo de esto se muestra en Eagly y Mladinic (1994), donde tanto mujeres como hombres tuvieron actitudes más positivas para las mujeres. Según informe del Centro de Investigaciones Sociológicas podría decirse que ha disminuido la percepción de que las mujeres son inferiores a los hombres (CIS, 1995, citado en Berges, 2008).

Sin embargo, García et al. (2010) revelaron en su estudio que durante la adolescencia los chicos mantienen actitudes más sexistas que las chicas, circunstancia que se evidencia en los indicadores en los que se desglosa la igualdad, en el que las puntuaciones de los varones son más altas en todos los ítems, también informan de la persistencia, entre las chicas, de creencias asociadas a su rol de esposa y madre que interiorizan y hacen propias, vinculándose a la mujer las tareas relacionadas con el cuidado de los dependientes, la reproducción y el hogar. Pero a pesar de ello, los autores reconocen que se aprecia una cierta convergencia de ambos sexos hacia la igualdad, aunque las mujeres se muestran más sensibilizadas, sobre todo respecto al ámbito personal y profesional. Afirma Moya (2004), que estos resultados se manifiestan verbalmente, pero no suponen un cambio real, es decir, no por esto la discriminación de género ha dejado de existir.

De Sola y Martínez (2003), también han hallado entre las mujeres una mayor tendencia hacia el mantenimiento de actitudes que favorezcan la igualdad; esta circunstancia también ha sido puesta en relieve por Vaamonde (2010) que ha encontrado entre las mujeres un mayor rechazo a las actitudes de sexismo hostil, lo que, de acuerdo con este autor, resulta comprensible si se observa que son estas las que sufren las consecuencias de este tipo de comportamientos.

Una de las razones que explica por qué los roles y actitudes de género tradicionales entre los jóvenes sigue siendo muy estereotipada es que se ha demostrado que cuando la actitud de los padres es tradicional, enseñan a sus hijos qué roles son apropiados para chicos y chicas y se

orienta hacia más estándares de conducta (Tesfaye, 1997). Por otra parte, Pallarés (2012) obtuvo en su investigación la evidencia de que hoy en día existen un conjunto de factores de índole sociocultural sobre los cuales resulta aún permitido el sexismo en todos los terrenos (laboral, económico, familia) y explica que la herencia transmitida a los adolescentes asegura, que estas conductas no serán erradicadas hasta el momento en el que exista una auténtica transformación social que asiente los pilares de una completa reformulación de las creencias, trabajando por la reeducación de la sociedad. En palabras de Ramírez y López (2013), en la sociedad las creencias en torno al género están muy arraigadas entre ambos sexos; a partir de estas creencias se sustentan procesos diversificados para unas y otros, entendiéndose que las mujeres han de desarrollar actividades vinculadas al cuidado del hogar y la atención a los dependientes, y asociándose con ellos actividades profesionales donde se ponen en juego aquellas aptitudes que se entiende que les pertenecen. Estos autores afirman que los atributos que se vinculan a la masculinidad y la feminidad son sostenidos por un elevado porcentaje de la población, y están tan firmemente arraigados que dificultan la transformación social hacia la igualdad.

Los resultados de investigaciones llevadas a cabo por Lueptow, Garovich-Szabo & Lueptow, (2001) también informaban que, a pesar de las actuales percepciones de los roles de género que son más abiertas, estudios recientes han encontrado que la igualdad completa en la percepción no se ha alcanzado y que los jóvenes todavía ven a las mujeres y a los hombres en formas estereotipadas. Esta visión estereotipada que aún está firmemente asentada en la sociedad es así, la responsable de la discriminación que sufren las mujeres (Lila, Oliver, Catalá, Galiana y Gracia, 2014).

Respecto a los temas de sexismo, en Colombia se evidencia una escasez de estudios (Garaigordobil y Donato, 2011); aunque, desde perspectivas antropológicas, la diversidad de culturas, ha mostrado que las representaciones simbólicas de la diferencia sexual, es diferente en cada una de estas, es decir, los roles de sexo se definen, asignan y evalúan de manera distinta.

En un estudio sobre sexismo hostil y benevolente, Glick et al. (2000) encontraron que Colombia obtuvo puntuaciones altas en ambos tipos de sexismo, ocupando el quinto lugar (hostil: varones 3.1 vs. mujeres 2.5; benevolente: varones 2.7 vs. mujeres 2.8). Posteriormente, en otro estudio transcultural realizado con 1639 jóvenes (217 chicas y 70 chicos colombianos) universitarios de países iberoamericanos, Lameiras-Fernández et al. (2002) encontraron que los

jóvenes colombianos indistintamente chicos y chicas, tienen una visión sexista superior a los de otros países como Brasil, Argentina o España. Lo que podría explicarse porque Colombia es un país tradicional, y a pesar de las transformaciones en los últimos años, dadas por el desarrollo humano, algunas zonas geográficas aun mantienen una condición de sociedad tradicional (Amar, 2002).

En esta vorágine de atribuciones para unos y otras, hay algunos hombres y mujeres que no aceptan las dinámicas establecidas y desean derribar las fronteras instauradas; no obstante, aún no son suficientes como para poder promover la igualdad de forma sólida.

En general, los estudios destacan que desde el entorno educativo se fomente la transformación cultural a través de la creación de modelos educativos que consoliden la igualdad y la creación de políticas públicas alineadas con esta demanda social que permita equiparar ambos géneros.

Pozo et al. (2010) reconocen la necesidad de seguir avanzando hasta que ambos sexos sean conscientes de que una sociedad justa e igualitaria es una victoria para todos. En este sentido, de acuerdo con de Sola y Martínez (2003), en el presente se advierte la existencia de un clima social favorable hacia la ruptura de los estereotipos, siendo la sociedad muy sensible respecto a la cuestión de la igualdad.

Para resumir, los últimos estudios han confirmado que el sistema género es una construcción social. Las instituciones políticas, religiosas, educativas, laborales, crean y hacen cumplir las expectativas de cómo las mujeres y los hombres deben comportarse en las sociedades. Sin embargo, las expectativas pueden variar de acuerdo a las culturas, es decir, cómo las personas expresan su masculinidad o feminidad, varía ampliamente de un contexto a otro. En este sentido, los roles de género y las expectativas de rol pueden influir, especialmente, en edades tempranas y en la adolescencia; en el desarrollo psicosocial, en los procesos de construcción de la identidad y en el ajuste al contexto en el que estos se desenvuelvan.

De acuerdo con lo expuesto, se encuentra en la literatura clara evidencia de los problemas de salud y malestar psicológico en las mujeres como consecuencia de los roles asignados y de que la masculinidad puede estar asociada a menores padecimientos; lo que permitiría inferir que las *actitudes igualitarias o trascendentes de género* se podrían asociar con estados de bienestar o podrían predecir una percepción positiva de la salud; mientras que las *actitudes sexistas* podrían relacionarse negativamente con la percepción de salud; sin embargo, también podría esperarse



una relación positiva entre este último tipo de actitudes y la percepción la salud como efecto de los roles de género determinados socialmente.

En el siguiente apartado, se expone brevemente el *Positive Youth Development* que sustenta la relación positiva entre la salud, y las expectativas a futuro, la superación de la adversidad y la creencia en la igualdad social y la igualdad de género.

## **6.6. Relación entre el Modelo de Desarrollo Positivo y la igualdad de género**

El modelo *Positive Youth Development*, a diferencia de los modelos centrados en el déficit, asume una perspectiva centrada en el bienestar y otorga gran importancia a los estados saludables e incluye dentro de su definición de salud aspectos determinantes para la consecución de logros en los diferentes ámbitos de la vida, como las habilidades, conductas y competencias (Benson, Mannes, Pittman y Ferber, 2004); porque el desarrollo positivo en los adolescentes no significa ausencia o evitación de conductas de riesgo, lo que va en la misma línea de la actual definición de salud. Se parte de la premisa de que todo adolescente tiene el potencial para un desarrollo exitoso y saludable.

Según Oliva et al. (2011), este modelo adopta como principio que la conducta y el desarrollo personal están fundamentados en las interacciones que establece la persona (características biológicas y psicológicas asociados a recursos internos) con su entorno (familia, comunidad y cultura asociados a recursos externos), porque el desarrollo humano no está predeterminado y es susceptible de cambios y transformaciones. Se ha demostrado que adolescentes que poseen un mayor número de recursos internos o activos tiene un desarrollo más saludable y positivo (Scales et al., 2000). Así, en un adolescente ajustado a la realidad, se identifican competencias en las diferentes áreas del desarrollo como la alta autoestima, habilidades sociales, expectativas a futuro, éxito escolar, conductas prosociales, cuidado del cuerpo y la salud, evitación de los riesgos, la superación de adversidades, el respeto a la diversidad, y la creencia en la igualdad social y la *igualdad de género*, esta última de gran importancia como una competencia fundamental para el desarrollo positivo adolescente de chicos y chicas; es una competencia incluida por Search Institute Scales y Leffert (citado en Oliva et al., 2011) como uno de los 20 recursos internos que fomentan dicho desarrollo positivo. Por el contrario, cuando estos recursos

(internos y externos) no están presentes, se reducen las probabilidades de que se promueva un desarrollo positivo y pueden aparecer trastornos emocionales y comportamentales.

De acuerdo con esta propuesta, si la creencia en la igualdad de género se relaciona con el desarrollo positivo y el cambio de creencias estereotipadas y sexistas (Oliva et al., 2011), de otro lado, podría pensarse que la existencia de ideas estereotipadas y sexistas respecto a hombres y mujeres, se asocia con indicadores de desajuste, o con una peor percepción de la salud o menos niveles de resiliencia en los adolescentes. Lo que está en línea con uno de los objetivos que se planteará, con carácter exploratorio, en esta tesis doctoral.

Este modelo servirá como referente para los resultados que se espera obtener de acuerdo a las hipótesis que se plantearán sobre la relación entre las actitudes de género, las variables de salud, la resiliencia y la PTF.

## **6.7. La medida del género**

La literatura proporciona una amplia divulgación de estudios sobre la discriminación hacia las mujeres y diversidad de instrumentos para medir hostilidad, actitudes sexistas, agresiones sexuales y su aceptación (García-Cueto et al., 2015). Sin embargo, son menos las investigaciones que evalúan las actitudes de rol de género desde una perspectiva teórica de la igualdad (Díaz-Morales, 2013; 2017).

Desde esta perspectiva, el *Social Roles Questionnaire* (SRQ-R; Baber y Tucker, 2006), es una medida alternativa para la evaluación de las actitudes hacia los roles sociales de hombres y mujeres, en población adolescente y juvenil y ofrece una aproximación a la identificación de las actitudes que trascienden estas categorías. Según sus autores el principal aporte de este instrumento es la capacidad de capturar el pensamiento no-dicotómico acerca de los roles sociales. El SRQ-R, a diferencia de otras medidas, no se centra en las normas sociales para hombres y mujeres; este instrumento contiene elementos que sugieren que los roles sociales no tienen por qué ser relacionados con el sexo. La estructura del instrumento se fundamenta en el «Construccionismo Social» como se mencionó en el apartado 6.3.2.3., de este mismo capítulo. Desde esta perspectiva, el género se define como un elemento de la realidad socialmente construido y continuamente creado y recreado (doing gender) a través de la interacción social (West & Zimmerman, 1987). Según esta teoría, los conceptos como el género, la raza, la clase y

la sexualidad, son el resultado de la definición e interpretación humana configurada por contextos culturales e históricos. Así, se explica cómo categorías culturales como "hombres", "mujeres", son creadas, cambiadas y reproducidas a través de procesos históricos dentro de las instituciones y la cultura (Kang, 2012). Según Bohan (citado en Baber y Tucker, 2006), este enfoque proporciona una manera de explicar cómo se crean y sostienen las diferencias de género al concebirse éste como una configuración de normas, prácticas y relaciones que evolucionan a través de transacciones sociales influenciados por las diferencias de poder, diferencias de género.

El SQR-R permite identificar actitudes que trasciendan las categorías por sexo, es decir contiene elementos que proporcionan una forma de detectar las actitudes de las personas que creen que los roles, comportamientos y tareas no deben ser asignados sobre la base de solo género; aquellos que buscan combinar la actitud masculina tradicional y los roles femeninos de forma innovadora; y los que pueden apoyar la eliminación de las dos categorías de género.

De acuerdo con los autores, estas actitudes se explican desde la literatura del desarrollo del ego (Hy y Loevinger, 1996) que supone que los puntos de vista de las personas que están en los niveles más altos de desarrollo del ego no se restringen a las prohibiciones de la sociedad respecto a los roles de los hombres y de las mujeres. De acuerdo con esta teoría, el *ego* es una entidad que cambia cualitativamente durante el desarrollo y tiene una capacidad selectiva, es decir, que excluye aquella información que no encaja en su marco de referencia y señala un aspecto de la persona que es más manifiesto. El ego proporciona a cada persona un marco general a través del cual ver el mundo, su tarea principal es «la búsqueda de significados coherentes en la experiencia» (Loevinger y Blasi, 1991).

Otras evidencias de este tipo de pensamiento trascendente de género ha surgido de escritos e investigaciones sobre el género como la propuesta de Kimmel (2000), que sugiere la desnaturalización de la masculinidad de la cual se origina la posibilidad de reconsiderar la relación de los hombres con la inequidad de género y explorar formas que trascienden el rol de los hombres más allá desde su figura dominante. De otro lado, la teoría *Queer* (Butler, 1990) que plantea una propuesta que resignifica la concepción del género y los roles asignados para reafirmar que las elecciones sexuales distintas son un derecho humano. Se trata de una teoría de la disidencia sexual y la de-construcción de las identidades estigmatizadas. El autor habla de *sexualidades periféricas* haciendo referencia a las opciones que se alejan del círculo imaginario

de la sexualidad «normal» y que buscan un reconocimiento y aceptación. En este contexto, la identidad es imitativa y, asimismo, los roles de género son solo una representación teatral donde cada sexo asume funciones que le preexisten y que reproduce (Fonseca y Quintero, 2009).

Esta medida incluye, no solamente referencias a los roles tradicionales de género, el trato diferenciado de mujeres y hombres y los estereotipos sobre la menor competencia femenina, sino que contiene elementos con enfoque contemporáneo que tienen más probabilidades de detectar el sexismo benevolente, es decir, el sutil apoyo de la desigualdad de género (Swim, Aikin, Hall, y Hunter, 1995) y podría ser mejor predictor de actitudes sexistas que las escalas más antiguas diseñadas para medir las actitudes sobre las mujeres. Teniendo en cuenta los aportes que hace este instrumento respecto a otros, se ha considerado como una opción pertinente en esta tesis doctoral.

## **6.8. Resumen**

Actualmente, los estereotipos y creencias en torno al género continúan estando en vigor, atribuyéndose a hombres y mujeres distintas cualidades y capacidades en atención a su sexo. Esta circunstancia lleva a las mujeres a asumir la asimetría como parte de las relaciones que se establecen y se mantienen de forma muy desequilibrada con los hombres. Además, también tienen importantes efectos sobre la salud mental, siendo las mujeres las más afectadas.

Existen dos tipos de actitudes respecto al género que pueden darse, el sexismo hostil y el sexismo benevolente. Ambas fórmulas son peligrosas habida cuenta de que constituyen un obstáculo a la libre expresión de la persona y a su libre desarrollo, al actuar en contra de aquellas mujeres que se niegan a aceptar que por pertenecer a un sexo hayan de renunciar a ciertos rasgos a la hora de forjar su identidad o su futuro laboral se limite por esta circunstancia.

El enfoque de género en la investigación sobre salud ha evidenciado la brecha existente entre la salud de hombres y mujeres, brecha que se explica en términos de diferencias de roles, actividades, distribución de recursos y poder; lo que genera un malestar psicológico en las mujeres.

En la investigación se halla cómo entre los adolescentes se han asumido los principales caracteres de la ideología de género, aunque son especialmente los varones los que con más énfasis acogen las creencias en torno al sexo que se adquieren mediante la socialización. Entre

estos, además, se dan con mayor asiduidad las conductas del sexismo hostil. Por edades, los más jóvenes asumen en mayor medida los estereotipos de sexo, que van cambiando a medida que transcurre la adolescencia, fase en la que la persona se cuestiona qué elementos formarán parte de su identidad personal y cuáles no, para lo que se plantea la consistencia de los argumentos interiorizados a través de la socialización. De otro lado, las mujeres muestran una mayor tendencia hacia el mantenimiento de actitudes que favorezcan la igualdad y un mayor rechazo a las actitudes de sexismo hostil. Sin embargo, es importante resaltar que para las mujeres puede resultar complejo el proceso de integrar en su identidad las nuevas ideas de género a sus esquemas tradicionales, teniendo en cuenta que se trata de un proceso de cambio y de construcción social que se ha iniciado recientemente en culturas como la colombiana, lo que podría influir en la manera de valorar actitudes de género igualitarias y sexistas.

Si la inequidad y la asignación de roles tradicionales ha menoscabado la salud y el bienestar de las mujeres, cabría interpretar que la igualdad de género y las actitudes igualitarias o trascendentes de género, se podrían asociar con estados de bienestar o podrían predecir una percepción positiva de la salud. Sin embargo, en la búsqueda de investigaciones con un enfoque desde la PP, son escasos los estudios que asocien actitudes no sexistas o trascendentes con variables de bienestar, resiliencia o PTF, lo que podría dificultar la contrastación de los resultados y, por tanto, en este sentido, limitaría el estudio a plantear correlaciones con carácter exploratorio.

En el caso concreto de Colombia, siendo una cultura tradicional, el sexismo es la actitud discriminante que prevalece en las relaciones de hombres y mujeres.

En general, los estudios destacan que desde la infancia se fomente en los centros de educación la transformación cultural a través de la creación de modelos educativos que consoliden la igualdad y la creación de políticas públicas alineadas con esta demanda social que posibilite relaciones más igualitarias (González y Cabrera, 2013).



## *II. ESTUDIO EMPÍRICO*

---





## *Capítulo 7. Método*

---



### 7.1. Objetivos e hipótesis

El objetivo general de esta tesis doctoral es analizar la salud autopercebida (salud general, forma física, bienestar psicológico, satisfacción con la vida), la resiliencia, la perspectiva temporal futura y las actitudes de género de los adolescentes según edad y sexo bajo el enfoque de la psicología positiva y con una perspectiva de género. Se establecieron los siguientes objetivos concretos.

En adelante, salud general, forma física, bienestar psicológico y satisfacción con la vida, se nombrarán como «salud autopercebida».

**Objetivo 1.** Determinar que los instrumentos de medida utilizados cumplen con los requisitos psicométricos mínimos exigibles. Se formula las siguiente hipótesis:

H<sub>1</sub>. Se espera que la fiabilidad de las escalas sea superior a 0.60 (alpha de Cronbach).

**Objetivo 2.** Determinar las diferencias de edad y sexo en salud autopercebida, resiliencia, PTF y actitudes de género de los adolescentes. Se formulan las siguientes hipótesis:

#### 2.1. Salud

H<sub>2</sub>. Se espera que los chicos obtengan una mayor puntuación en salud general y forma física comparados con las chicas, y que los grupos de menor edad obtengan una mayor puntuación tanto en salud general como en forma física.

H<sub>3</sub>. Se espera que los chicos tengan un mayor nivel de bienestar psicológico en comparación con las chicas. En cambio, no se esperan diferencias según sexo en satisfacción con la vida. Respecto a la edad no se esperan diferencias ni en bienestar psicológico, ni en satisfacción con la vida.

#### 2.2. Resiliencia

H<sub>4</sub>. Se espera que los chicos tengan un mayor nivel de resiliencia comparados con las chicas, y que los adolescentes de mayor edad, tengan un mayor nivel de resiliencia comparados con los adolescentes de menor edad.

### **2.3. Perspectiva Temporal Futura**

H<sub>5</sub>. Se espera que las chicas tengan un mayor nivel de planificación y que los chicos reporten mayor afecto hacia el futuro. Se espera que en ambos sexos, a mayor edad mayor planificación y afecto y menor control.

### **2.4. Actitudes de género**

H<sub>6</sub>. Se espera que los chicos obtengan mayores puntuaciones en actitudes sexistas tradicionales y que las chicas obtengan una mayor puntuación en actitudes de género trascendentes y, a mayor edad, más actitudes trascendentes de género.

**Objetivo 3.** Analizar el contenido de las metas de los adolescentes según el sexo y según actitudes de género trascendentes y actitudes de género sexistas.

H<sub>7</sub>. Se espera que los adolescentes describan metas relacionadas con las tareas de desarrollo propias de su edad. Los chicos enumerarán un mayor número de metas relacionadas con trabajo y cosas materiales, mientras que las chicas enumerarán un mayor número de metas relacionadas con estudios, familia futura y sí mismo.

H<sub>8</sub>. Se espera encontrar diferencias en el contenido de las metas según las actitudes de género de los adolescentes. Las actitudes trascendentes de género se asociarán con metas del tipo familia, sí mismo, estudios, mientras que las actitudes sexistas se asociarán con metas del tipo trabajo, diversión, cosas materiales.

**Objetivo 4.** Analizar la relación entre la salud autopercebida, la resiliencia, la PTF y las actitudes de género de los adolescentes. Las correlaciones con actitudes de género se plantean con carácter exploratorio tal como se advirtió en el apartado 6.5., debido a la escasez de estudios previos que analizan este tipo de relaciones. Se esperan los siguientes resultados:

H<sub>9</sub>. Se espera que la salud autopercebida se asociará positivamente con mayores niveles de resiliencia, mayor PTF (en concreto afectividad, densidad y claridad), y mayor control y probabilidad de realización de las metas.

Respecto a las actitudes de género, es probable que las actitudes de género trascendentes se asocien positivamente con salud autopercebida, resiliencia, y PTF (en concreto afectividad, densidad y claridad) y mayor control y probabilidad de realización de las metas; mientras que, las actitudes de género sexistas se asociarán negativamente con salud autopercebida, resiliencia y PTF (en concreto afectividad densidad y claridad) y mayor control y probabilidad de realización de las metas.

## **7.2. Participantes**

Los participantes de este estudio fueron 232 adolescentes colombianos de población general, estudiantes de Educación Secundaria y Bachillerato de dos centros educativos oficiales y un centro privado, de la ciudad de Medellín del curso académico 2014.

### **7.2.1. Características sociodemográficas**

Con el fin de evaluar las características sociodemográficas de los adolescentes se obtuvo información sobre la edad, sexo, tipo de centro educativo (público/privado), nivel socioeconómico, actividad laboral en los fines de semana y ocupación de los padres.

#### **7.2.1.1. Edad y sexo**

La composición de la muestra, según sexo, fue de 145 chicas (62.5 %) y 87 chicos (37.5 %). La media de edad fue de 15.50 años ( $DT = 1.55$ ). La distribución de los grupos según edad se realizó de acuerdo a los criterios de la OMS (2006) de edad temprana y tardía, 12-15 (50.4 %) y 16-20 años (49.6 %) (véase **Tabla 5**).

**Tabla 5.** Distribución de la muestra según grupos de edad y sexo

	F	%
<i>Edad</i>		
12-15	117	50.4
16-20	115	49.6
<i>Sexo</i>		
Chicas	145	62.5
Chicos	87	37.5

#### **7.2.1.2. Tipo de centro educativo**

El 22.7 % de los centros educativos fue de educación privada y el 76.8 % fue de educación oficial.

#### **7.2.1.3. Nivel socioeconómico**

El 78.5 % de los adolescentes pertenecen al nivel socioeconómico bajo; el 1.3 % pertenecen al nivel socioeconómico alto y; el 9.9 % se clasifica dentro de un nivel socioeconómico medio.

#### **7.2.1.4. Tipo de actividad laboral durante los fines de semana**

El 12.5 % de los adolescentes se dedica a una actividad laboral durante los fines de semana (véase **Tabla 6**).

**Tabla 6.** Distribución de la muestra según tipo de centro educativo, nivel socioeconómico y actividad laboral fines de semana

	F	%
<i>Tipo de Centro Educativo</i>		
Educación privada	53	22.7
Educación oficial	179	76.8
<i>Nivel socioeconómico</i>		
Bajo (estratos 1, 2 y 3)	183	78.5
Medio (estrato 4)	23	9.9
Alto (estratos 5 y 6)	24	1.3
<i>Adolescentes que trabajan fines de semana</i>		
Trabajadores servicios	19	8.2
Artesanos, trabajadores cualificados	3	1.3
Obreros no cualificados	7	3.0

#### 7.2.1.5. Ocupación del padre y de la madre

De mayor a menor porcentaje, la ocupación de los padres y madres aparece en el siguiente orden: en primer lugar, el 22 % de los padres tiene ocupaciones relacionadas con el área de técnicos y profesionales científicos e intelectuales; en el caso de las madres el 37.9 % es el porcentaje más alto y está clasificado en otros (amas de casa, pensionistas, desempleados, sin especificar ocupación); en último lugar, con el porcentaje más bajo, el 3.9 % de los padres tiene ocupaciones relacionadas con el área de técnicos y profesionales de apoyo; en el caso de las madres, el 2.6 % es el porcentaje más bajo y está clasificado en administrativos, contables y oficinistas.

### **7.3. Variables e instrumentos**

La selección de las variables estudiadas se realizó teniendo presente el enfoque salugénico de la PP, que centra sus estudios en los aspectos positivos del psiquismo humano (Gancedo, 2008). En sus inicios, desde el cambio de enfoque centrado en la enfermedad al desarrollo de las potencialidades, Seligman & Csikszentmihalyi (2000), definen la PP como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos y las instituciones positivas; sin desconocer el sufrimiento y la debilidad humanos. La intención es tener un conocimiento científico más completo y equilibrado de la experiencia humana (Seligman et al., 2005). Otros autores, hacen referencia al estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas (Sheldon & King, 2001) y al estudio del funcionamiento psíquico óptimo (Linley, et al, 2006). Se han explorado rasgos personales como la satisfacción con la vida (Diener et al., 1985; Pavot et al., 1991; Pavot y Diener 1993); el bienestar subjetivo (Diener, 2000); el bienestar psicológico (Casullo, 2002); el optimismo, (Avia & Vázquez, 1999; Peterson, 2000) o la felicidad, (Seligman et al., 2005; Myers, 2000).

Estos conceptos, contruidos sobre la base de un enfoque salugénico y que contienen elementos cognitivos, motivacionales y afectivos (positivos y negativos) del psiquismo humano, han mostrado significativas relaciones en diversos estudios. En Emmons (1986); Bandura (1997); Carver y Scheier (1998); Heckhausen, Wrosch, y Schulz (2010), la consecución exitosa de los objetivos deseados facilita el bienestar subjetivo y la salud física. En Atienza et al. (2000) y Videra-García y Reigal-Garrido (2013), se indicó una asociación positiva entre el bienestar subjetivo y la percepción del estado de salud.

De otro lado, se ha explorado la relación entre satisfacción y felicidad, donde la satisfacción se deriva de los logros alcanzados en la vida, acorde con los propósitos o proyectos personales, (McGregor y Little, 1998; Lu, 1999; Lang y Heckhausen, 2001; Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002); la relación entre la satisfacción en diferentes áreas vitales y la valoración sobre el grado de cumplimiento de los objetivos de vida en el presente y el futuro (Castro y Sánchez López, 2000; Díaz-Morales, 2000). Recientemente, constatando estudios previos, Sánchez-Sandoval y Verdugo (2016), encontraron altas correlaciones entre las propias expectativas de futuro y variables como autoestima y satisfacción vital.



Partiendo de los estudios mencionados y encuadradas dentro del enfoque salugénico, las escalas que se administraron fueron las siguientes: para salud, los índices de salud general y de forma física de ítem único; para bienestar psicológico, la escala de Bienestar Psicológico para Jóvenes (BIEPS-J); para la satisfacción con la vida, la Satisfaction With Life Scale (SWLS); para resiliencia, la escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC); para perspectiva temporal futura, el Modelo de Perspectiva Temporal Futura de Thiébaud (1997) y el Cuestionario de Metas y Temores de Nurmi (1989), adaptados por Díaz-Morales (2001) y, por último; para género, la escala Social Roles Questionnaire (SRQ-R). En el Anexo se aporta el protocolo de evaluación aplicado.

### **7.3.1. Salud**

#### **7.3.1.1. Salud general y forma física autopercebidas**

Se midieron mediante dos preguntas que evalúan la autopercepción: 1) «¿Cómo valorarías tu estado de salud en general?» y; 2) «¿Cómo valorarías tu forma física?». Se puntuó en una escala Lickert de cinco puntos cuya respuesta osciló de 1 (muy mal) a 5 (muy bien).

La salud autopercebida es una medida de salud subjetiva que proporciona un ranking ordinal del estado de salud percibido, es decir, la evaluación que hace la persona de su estado de salud general (Castro-Solano & Díaz-Morales, 2002; Díaz-Morales & Sánchez-López, 2001, 2002; Sánchez-López, Aparacio & Dresh, 2006). En la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE, 2014), se utilizó un único ítem que pregunta cómo el entrevistado percibe su estado de salud en los últimos doce meses, con cinco posibilidades de respuesta; muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo. Esta medida ha sido utilizada en diferentes estudios como una medida adecuada de la salud global y existe un acuerdo generalizado sobre su validez (Appels et al., 1996; Breidablik et al., 2009; Borrell et al., 2010; Fogel & Israel, 2009; Ramos et al., 2010).

### **7.3.1.2. Bienestar Psicológico**

Esta variable se midió mediante la escala de Bienestar Psicológico para Jóvenes (BIEPS-J; Casullo y Castro, 2000).

La escala ha resultado ser una prueba objetiva, autoadministrable, válida y confiable para la evaluación de la percepción subjetiva del bienestar psicológico en los adolescentes (Bernabeu et al., 2002; Casullo y Castro, 2000; Cruz et al., 2002; Alvarado, 2013 y Morales, 2014). El análisis correlacional del BIEPS-J con el Symptom Checklist (SCL-90) revela correlaciones negativas en todas las escalas, lo que indica que la presencia de síntomas psicopatológicos se asocia a una experiencia de malestar subjetivo (Casullo, 2002).

En cuanto a su estructura, el BIEPS-J está formado por 13 ítems con tres opciones de respuesta (de acuerdo; ni de acuerdo ni en desacuerdo; y en desacuerdo), (e.g. *«Si algo me sale mal puedo aceptarlo»*, *«Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida»*). En esta tesis doctoral, se considerará únicamente la puntuación de la dimensión global.

### **7.3.1.3. Satisfacción con la vida**

Para medir esta variable se utilizó la escala de Satisfacción con la Vida (SWLS): en esta tesis doctoral se define la satisfacción con la vida como un juicio global cognitivo y consciente de la propia vida. No es una valoración basada en criterios objetivos impuestos externamente, sino que más bien depende de la comparación de las circunstancias vitales con los propios patrones o criterios internos (Diener et al., 1985; Pavot y Diener, 1993).

La consistencia interna de la escala original fue de .87 y la fiabilidad test-retest .82. Los estudios de validez con la escala SLWS han obtenido un único factor que explica aproximadamente el 66 % de la varianza (Diener et al., 1985). La validación del constructo ha sido analizada en grandes muestras y comparando diferentes poblaciones y culturas: en Argentina (Garrido Muñoz de Arenillas, Fernández, Villalba, Pérez & Fernández, 2010; Vázquez, Duque & Hervás, 2013), en Perú (Martínez-Urbe, 2004), en Malasia (Swami & Chamorro-Premuzic, 2009), en Brasil (Albuquerque, Sousa & Martins, 2010), en Alemania (Glaesmer et al., 2011), en España (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2001), en España/Colombia (Mier y Rodríguez, 2013) y Mexico (Blázquez et al., 2015).

La validez divergente de la SWLS se evaluó en diferentes grupos (pacientes psiquiátricos, prisioneros, estudiantes de países pobres, mujeres abusadas, entre otros). Se obtuvieron correlaciones de  $-.72$  con el inventario de depresión de Beck (Blais, Vallerand, Pelletier & Briere, (1989), de  $-.31$  con afecto negativo (Diener et al., 1985), de  $-.54$  con ansiedad (Arrindell & Ettema, 1986) y la convergencia se evaluó con medidas de bienestar subjetivo y satisfacción vital; se obtuvieron correlaciones de  $.68$  con DPQ (Diener et al., 1985), de  $.55$  con autoestima (Campbell, 1981),  $.54$  con la escala de felicidad (Fordyce, 1988).

La escala consta de cinco ítems y formato de respuesta Likert en siete categorías de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Se suman las puntuaciones de los apartados para obtener una puntuación total que varía entre 5 y 35; una puntuación de 20 se considera neutra, mientras que las puntuaciones superiores a 20 representan satisfacción (Pavot & Diener 1993).

En general, la SWLS se ha mostrado como un instrumento adecuado para evaluar la satisfacción con la vida en contextos diferentes (Atienza et al., 2000; Wu y Yao, 2006).

En esta tesis doctoral se utilizó la versión en español validada en muestras con población adolescente por Castro-Solano (2000) y Díaz-Morales (2001).

### 7.3.2. Resiliencia

Para medir la variable resiliencia se utilizó la escala de Connor y Davidson (CD-RISC): en el mismo contexto del enfoque salugénico, se evaluó la resiliencia entendida como la cualidad personal para afrontar situaciones de estrés con éxito teniendo más probabilidad de adaptarse adecuadamente a situaciones de adversidad; considerándose más como un estado que como un rasgo, y por tanto, susceptible de modificarse (Connor y Davidson, 2003).

Se utilizó la escala en su versión traducida al castellano del original en inglés (Connor y Davidson, 2003) aplicada en población adulta española (Menezes, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006).

El cuestionario valora la autopercepción de la persona en su último mes mediante 25 preguntas que evalúan, en una escala de frecuencia tipo Likert, desde 0 «nada de acuerdo» hasta 4 «totalmente de acuerdo», (e.g. *«Me esfuerzo al máximo en cada ocasión»*). El rango de puntuación oscila entre 0-10, a mayor puntuación, mayor resiliencia. Distingue cinco dimensiones o factores obtenidos del análisis factorial exploratorio llevado a cabo por sus autores: competencia personal, altos estándares y tenacidad; confianza en sí mismo, tolerancia

a los afectos negativos y fortaleza frente al estrés; aceptación positiva de los cambios y relaciones seguras; control e influencia espiritual.

El análisis factorial desarrollado por los autores sugiere una estructura multidimensional, aunque, al igual que otros autores (Campbell-Sill et al., 2006), en los análisis se utilizó la puntuación total de los ítems. La validez convergente se evaluó en varios grupos, correlacionando el CD-RISC con otras medidas de resiliencia (Escala de Fortaleza, Kobasa, 1979), ( $r = .83$ ); el apoyo social (Escala de Apoyo Social Sheehan (SSSS); Sheehan, 1990), ( $r = .36$ ); el estrés percibido (Perceived Stress Scale (PSS-10); Cohen & Cohen, 1983, ( $r = -.76$ ); la vulnerabilidad al estrés (Escala de Vulnerabilidad al Estrés (SVS); Sheehan y otros, 1990), ( $r = -.32$ ), así como las medidas de discapacidad (Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS); Sheehan y otros, 1983), ( $r = -.62$ ); y la validez divergente se evaluó mediante la correlación de las puntuaciones CD-RISC con la Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX; McGahuey et al., 2000), ( $r = -.34$ ), (Connor y Davidson, 2003). En general, la escala ha demostrado buena validez de constructo en población adulta (Campbell-Sills et al., 2006; Lamond et al., 2009; Burns & Anstey, 2010) y en población adolescente (Jorgensen & Seedat, 2008; Yu et al., 2011).

### **7.3.3. Perspectiva Temporal Futura**

Para medir esta variable se utilizaron el *Cuestionario de Perspectiva Temporal* de Thiébaud (1997) y el Cuestionario de *Metas* de Nurmi (1989), adaptados por Díaz-Morales (2001).

En la primera parte de la prueba, se utilizó el *Cuestionario de Perspectiva Temporal* de Thiébaud (1997) que consta de 18 preguntas que evalúan, en una escala de frecuencia tipo Likert, desde 1 «totalmente en desacuerdo» hasta 7 «totalmente de acuerdo». Como se describió en el apartado 5.5.1., el modelo teórico evalúa cuatro elementos: *afectividad, densidad, claridad y continuidad*. Además, la representación de adaptación *a priori* (asimilación) y *a posteriori* (acomodación) en combinación con el locus de control (*interno y externo*).

En la segunda parte de la prueba, se aplicó el *Cuestionario de Metas* de Nurmi (1989), que está fundamentado en los procesos de: *motivación, planificación y evaluación prospectiva*. Este cuestionario responde a las metas que la persona se plantea en orden de importancia en seis dimensiones: *extensión temporal, conocimiento, realización, planes, control y probabilidad de realización*. La medición de la *extensión temporal* en la que cada participante sitúa la realización

de sus metas, se calcula a partir de la media de edad estimada para el conjunto de metas y se resta a la edad cronológica. La puntuación para las dimensiones de *conocimiento*, *realización* y *planes*, se obtiene sumando el número de factores, acciones y planes que cada participante indica. En este estudio, se realizó una categorización para cada uno de los contenidos. Las cuestiones sobre *control* y *probabilidad de realización*, se evalúan en una escala de frecuencia tipo Likert, desde 1 «depende de las circunstancias» hasta 7 «depende de mi mismo» y desde 1 «ninguno» hasta 7 «máximo»; respectivamente.

En esta tesis doctoral se realizó, adicionalmente, un *análisis cualitativo* del contenido de metas, que recoge algunos de los discursos de los participantes y rescata la individualidad que le es propia a cada persona y permite conocer mejor la percepción de los adolescentes (véase apartado 8.6.5.).

#### 7.3.4. Actitudes de Género

Para medir esta variable se utilizó la versión reducida del Social Roles Questionnaire (SRQ-R; Baber & Tucker, 2006).

Este instrumento fue diseñado para evaluar las actitudes hacia los roles de género. Mide las actitudes de las personas hacia la sutil desigualdad de género utilizando una terminología no dicotómica. La versión corta del cuestionario consta de 13 ítems, redactados de manera neutra pudiendo ser respondido indistintamente por hombres y mujeres, referidos al rol que personas de distinto sexo deben desempeñar en la sociedad. Fue desarrollado a través de un análisis factorial realizado sobre una versión previa, de 41 ítems. Los análisis diferenciaron dos factores, etiquetados como *gender transcendent* (actitudes trascendentes de género, o igualitarias) que contiene cinco ítems (e.g., "Las personas deben ser tratadas de la misma manera, independientemente de su sexo") y la *gender linked* (actitudes sexistas tradicionales) consta de ocho ítems (e.g., "Las madres deben trabajar solo si es necesario") y mide la creencia de las personas de que ciertas tareas y papeles están asociados con cierto sexo. La correlación entre ambos factores fue de ( $r = -.63$ ). La validez convergente fue calculada usando la *Modern Sexism Scale*, encontrando puntuaciones que se correlacionan con las puntuaciones en la subescala general ( $r = .36$ ) y la Escala de Orientación de Carreras. Los resultados de las pruebas de validez convergente y discriminante apoyan la validez de constructo del instrumento (Baber y Tucker, 2006). Tiene correlaciones moderadas con la Escala de Actitudes hacia la Mujer (Spence &

Helmreich, 1978) y la Escala de Actitudes hacia la Crianza Marital e Infantil (Hoffman y Kloska, 1995), ambas han sido ampliamente utilizadas para evaluar las actitudes de los roles de género. El SRQ tiene una buena validez, convergente y discriminante con coeficientes alfa de Cronbach de .65 para la subescala trascendente de género y .77 para la subescala vinculada a las actitudes sexistas tradicionales.

En la adaptación española del SRQ-R, un análisis factorial confirmatorio mostró adecuados índices de ajuste del modelo bifactorial (RMSEA=.042. CFI=.904), los índices alfa mostraron una aceptable fiabilidad en el factor de sexismo tradicional (.77); el factor de transcendencia de género obtuvo resultados por debajo de lo aceptable (.46), lo cual puede representar una limitación (López-Cepero, Rodríguez-Franco, Rodríguez-Díaz y Bringas, 2013).

El cuestionario utiliza una escala de cinco niveles de respuesta desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones totales comprendidas entre los ítems 1 y 5 evalúan el factor de actitudes trascendentes, y entre los ítems 6 y 13 evalúan el factor de sexismo tradicional. Las puntuaciones totales están comprendidas entre 5 y 25 para el factor de actitudes trascendentes, y entre 8 y 40 para el factor de sexismo tradicional.

Se eligió el SRQ-R como una medida para la evaluación de las actitudes hacia los roles sociales de hombres y mujeres, en población adolescente porque ofrece una aproximación a la identificación de las actitudes que trascienden estas categorías. Además, es un cuestionario relativamente corto, que facilita la respuesta rápida y simultánea de chicos y chicas. En esta tesis doctoral se utilizó la versión adaptada al español (López-Cepero et al., 2013).

Todos los protocolos de evaluación aplicados se presentan al final (véase Anexos 3-9).

## **7.4. Procedimiento**

### **7.4.1. Diseño del estudio**

Este estudio es de tipo no experimental y de corte transversal. Se trata de una investigación descriptiva, comparativa y correlacional.

Este diseño posibilita no solo la descripción y caracterización del fenómeno a tratar, sino también mostrar el grado de relación que las variables guardan entre sí para realizar análisis y extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento de la temática tratada en la presente tesis doctoral.

### **7.4.2. Prueba piloto de administración de instrumentos de evaluación**

Se llevó a cabo un estudio piloto con ocho adolescentes colombianos con edades que oscilaron entre 12 y 18 años, para constatar la comprensión de las instrucciones y del contenido de los cuestionarios. No se presentaron mayores dificultades que precisaran ninguna adaptación de redacción o del lenguaje, dado que algunos instrumentos habían sido creados para población española y; otros, para población suramericana.

### **7.4.3. Contacto con centros educativos**

El contacto con los centros educativos de Medellín se realizó a través de una psicóloga que trabajaba en los centros; lo que posibilitó la aceptación de la participación en la investigación. Se mantuvo contacto vía electrónica, con los coordinadores y directores de los centros para informar sobre el objetivo de la investigación y los requerimientos para la aplicación de los instrumentos. Se explicó todo el procedimiento que se llevaría a cabo, el número de participantes y rango de edad. Con antelación se envió copia del consentimiento informado para ser tramitado con los padres de los alumnos y un cronograma con los datos de las personas que participarían en la aplicación de los instrumentos y las fechas correspondientes. Todos los alumnos participaron voluntariamente en la investigación.

Finalmente, se acordó con los directores de los centros, darles a conocer los resultados globales de la investigación, ya que puede ser un recurso importante de cara a posibles intervenciones relacionadas con las posibilidades de superación, la salud y las metas que sus alumnos se estuvieran planteando a futuro.

#### **7.4.4. Aplicación de los instrumentos de medida**

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo en horas de clase cedidas por los profesores y directivas de los centros educativos; se hizo en una única sesión de evaluación, durante tres días. Las pruebas fueron suministradas por la autora de este trabajo y estudiantes de psicología de la Universidad de San Buenaventura de Medellín, entrenados previamente en la aplicación del instrumento y con el apoyo de un protocolo de procedimientos.

Se explicó al alumnado que iban a participar en una investigación sobre necesidades y expectativas de los adolescentes acerca de su bienestar y las metas que se proponen en el futuro. Se informó que los resultados se manejarían en forma global por cursos y que no se recibirían resultados individuales. Se advirtió sobre la confidencialidad de la información obtenida y que su utilización se limitaría a los fines investigativos.

Se consideró la extensión y dificultad de los instrumentos del protocolo de evaluación para el orden de aplicación. Se inició con el registro de datos sociodemográficos y a continuación se prosiguió con la prueba de perspectiva temporal futura, teniendo en cuenta que fue el cuestionario más extenso y que requería un mayor esfuerzo por parte de los participantes, ya que contiene cuestiones subjetivas de respuesta abierta. Posteriormente, después de un leve descanso, se hicieron los cuestionarios de resiliencia, bienestar psicológico, salud autopercebida y; por último, el cuestionario de actitudes de género.

#### **7.4.5. Análisis de datos**

El análisis de datos se realizó con el paquete de programas estadísticos SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 19.0 en español.

Las pruebas utilizadas para realizar los análisis de datos según los objetivos planteados fueron las siguientes: análisis de la consistencia interna (alfa de Cronbach) para calcular la fiabilidad. Análisis exploratorio y descriptivos básicos de tendencia central y dispersión para conocer detalladamente los datos de la muestra y la distribución de frecuencias. Análisis de varianza (ANOVA) y (MANOVA), para estudiar diferencias entre grupos. Para calcular el tamaño del efecto, se utilizó el estadístico eta-cuadrado parcial ( $\eta_p^2$ ). Los valores indicados para determinar el tamaño del efecto son: bajo .01-.05; moderado .06-.13. y alto  $>.14$  (Cohen, 1992).



Para analizar las relaciones entre las variables se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. El valor del coeficiente puede variar de -1 a +1. Mientras mayor sea el valor absoluto del coeficiente, más fuerte será la relación lineal entre las variables. Un valor absoluto de 1 indica una relación perfecta y un valor de cero indica ausencia de relación.

Se realizó la prueba de Chi cuadrado para determinar diferencias entre grupos de edad y sexo.

También se ha empleado el estadístico Chi Cuadrado para calcular la asociación entre variables nominales como el sexo, así como el Coeficiente de Contingencia (C) como indicador del grado de relación entre ellas. Por último, se realizó análisis de regresión lineal múltiple para determinar el peso relativo de las relaciones entre las variables.



## *Capítulo 8. Resultados*

---



## 8.1. Introducción

Los resultados de esta tesis doctoral se organizaron en los siguientes apartados. En primer lugar, se realizaron los análisis de fiabilidad y análisis descriptivos para contrastar el objetivo 1, que pretende determinar la fiabilidad de los instrumentos de medida utilizados. En concreto, se espera que la fiabilidad de las escalas sea superior a .60 (alpha de Cronbach). Se reseñan resultados de fiabilidad obtenidos en estudios previos y al final del apartado se presenta un resumen de resultados de fiabilidad del presente estudio. Asimismo, se muestran los análisis descriptivos de las medidas comparadas con estudios previos que han utilizado las mismas escalas y, en algunos casos, contratación con otras medidas. Seguido, se presenta la transformación de variables ya que algunas mostraban cierto sesgo en sus distribuciones. En segundo lugar, se realizaron los análisis de varianza para contrastar el objetivo 2, y determinar diferencias de edad y sexo en las variables objeto de estudio y se describen los resultados obtenidos. En general, se espera que existan diferencias en función de la edad y el sexo. En tercer lugar, se utilizó el estadístico Chi-cuadrado para contrastar el objetivo 3, y determinar diferencias según sexo y según actitudes de género trascendentes y sexistas en el contenido de metas personales. Además, se muestra un análisis cualitativo que describe la planificación de la metas de los adolescentes. En cuarto lugar, se realizaron correlaciones de Pearson para contrastar el objetivo 4, y establecer las relaciones entre salud autopercebida, resiliencia, PTF y las actitudes de género de los adolescentes. Por último, y en quinto lugar, se presentan cinco modelos de regresión lineal múltiple considerando los resultados anteriores.

Los resultados se presentan según el orden de variables establecidas previamente: salud autopercebida, resiliencia, perspectiva temporal futura y actitudes de género.

## 8.2. Fiabilidad de instrumentos de medida

En este apartado se presenta el análisis de fiabilidad *alpha de Cronbach* de los instrumentos con la muestra utilizada y se comparan con estudios previos en muestras de población adulta y adolescente.

### 8.2.1. Índices de salud general y forma física autopercebidas

No se le calculó el *alpha de Cronbach* por ser instrumentos de un «único ítem».

### 8.2.2. Escala de bienestar psicológico para jóvenes (BIEPS – J)

Se calculó el *alpha de Cronbach* para los 13 ítems de la escala, resultando una fiabilidad de  $\alpha = .78$ , el rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos osciló entre .32 (ítem 2) y .52 (ítem 13) (véase **Tabla 7**).

**Tabla 7.** Correlación ítem escala y consistencia interna de la escala BIEPS-J

	Correlación ítem- escala	Alfa si el elemento es eliminado
1. Creo que me hago cargo de lo que digo	.34	.77
2. Tengo amigo/as en quien confiar	.32	.77
3. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida	.51	.76
4. En general, estoy conforme con el cuerpo que tengo	.41	.76
5. Si algo me sale mal puedo aceptarlo	.33	.77
6. Me importa pensar en qué haré en el futuro	.45	.76
7. Generalmente le caigo bien a la gente	.31	.77
8. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito	.49	.76
9. Estoy bastante conforme con mi forma de ser	.40	.76
10. Si estoy molesto/a por algo, soy capaz de pensar cómo cambiarlo	.38	.77
11. Creo que, en general, me llevo bien con la gente	.41	.76
12. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida	.45	.76
13. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar	.52	.75

En la **Tabla 8** se muestra la fiabilidad obtenida en estudios realizados con la escala BIEPS-J. en población española y países suramericanos.

**Tabla 8.** Resumen de fiabilidad obtenida en estudios con la escala BIEPS-J

Autor	N (país)	Población (media o rango de edad)	Fiabilidad ( $\alpha$ )
Casullo & Castro-Solano (2000)	1270 Argentina	13-18 general	.74
Maganto y González (2002)	1202 España	14-18 general	.74
Bernabeu et al. (2002)	417 España	15-18 general	.74
Figueroa et al. (2005)	150 Argentina	13-18 general	
Alvarado de Rattia (2013)	507 España	12-18 general	.86
Morales y González (2014)	179 Chile	18.58 general	.69
Ramírez Pastor (2015)	675 España	13-18	
Gutiérrez Muñoz (2015)	128 Perú	12-18 general	.72
Jiménez (2015)	98 España	12-19	.72

### 8.2.3. Escala de satisfacción con la vida (SWLS)

Se calculó el *alpha* de Cronbach para los 5 ítems de la escala, resultando una fiabilidad de  $\alpha = .72$ , el rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos osciló entre .39 (ítem 1) y .63 (ítem 3) (véase **Tabla 9**).

**Tabla 9.** Correlación ítem-escala y consistencia interna de la escala SWLS

	Correlación ítem-escala	Alfa si el elemento es eliminado
En la mayoría de los sentidos, mi vida está cerca de mis ideales	.39	.71
Las condiciones de mi vida son excelentes	.51	.66
Estoy satisfecho/a con mi vida	.63	.62
Hasta ahora, he obtenido las cosas importantes de la vida que siempre quise	.49	.67
Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada	.43	.71



En la **Tabla 10** se muestra la fiabilidad obtenida en estudios realizados con la escala SWLS, en población española y países suramericanos.

**Tabla 10.** Resumen de fiabilidad obtenida en estudios con la escala SWLS

<b>Autor</b>	<b>N</b> <b>(país)</b>	<b>Población</b> <b>(media o rango de edad)</b>	<b>Fiabilidad</b> <b>(<math>\alpha</math>)</b>
Díaz-Morales (2000)	120 Argentina	21.02 general	.80
Atienza et al. (2000)	697 España	13-15 general	.81
Díaz-Morales (2002)	296 España	15-18 general	.80
Martínez, P. (2004)	285 Perú	16-25 general	.84
Núñez et al. (2010)	508 España	18-74 clínica	.86
Vera-Villarroel et al. (2012)	330 Chile	18-52 general	.82
Cárdenas et al. (2012)	807 Chile	18-29 general	.87
Videra-García y Reigal-Garrido (2013)	1648 España	14-16 general	.83
Taveira et al. (2014)	461 317 107 Portugal	13-21 general 19.8 general 12-21 general	.80 .86 .83
Góngora & Castro (2015)	250 Argentina	13-18 general	.75
Rodríguez (2015)	309 Colombia	11-18 general	.79
Padrós et al. (2015)	301 México	29.03 general	.83
García et al. (2015)	80 España	14-15 general	.78
Díaz et al. (2015)	400 Colombia 401	18-64 general 18-76 general	.81 .86

	España		
Rodríguez et al. (2016)	1250	12-15 general	.83
	España		

---

#### **8.2.4. Escala de resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC)**

La consistencia interna (*alpha de Cronbach*) para la CD-RISC, fue calculada sobre los 25 ítems que conforman la escala como unidimensional, resultando una fiabilidad  $\alpha = .87$ , el rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos osciló entre .16 (ítem 3) y .57 (ítem 24) (véase **Tabla 11**).

**Tabla 11.** Correlación ítem-escala y consistencia interna de la escala cd-risc

	Correlación ítem-escala	Alfa si el elemento es eliminado
1. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro	.30	.86
2. Soy capaz de adaptarme a los cambios	.31	.86
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude	.16	.87
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente	.48	.86
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza	.54	.86
6. Veo el lado divertido de las cosas	.41	.86
7. Afrontar el estrés me fortalece	.40	.86
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades	.48	.86
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón	.25	.86
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión	.52	.86
11. Puedo conseguir mis metas	.53	.86
12. Cuando parece que irremediablemente algo no tiene solución, no abandono	.35	.86
13. Sé dónde acudir a por ayuda	.49	.86
14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente	.37	.86
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema	.54	.85
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso	.53	.86
17. Pienso que soy una persona fuerte	.56	.85
18. Tomo decisiones difíciles o impopulares	.45	.86
19. Puedo manejar sentimientos desagradables	.44	.86
20. Sigo los presentimientos que tengo	.39	.86
21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida	.40	.86
22. Siento que controlo mi vida	.38	.86
23. Me gustan los desafíos	.46	.86
24. Trabajo para conseguir mis metas	.57	.86
25. Me siento orgulloso de mis logros	.50	.86

En la **Tabla 12** se muestra la fiabilidad obtenida en estudios previos realizados con la escala CD-RISC, en poblaciones de diferentes países con población infantil, adolescente y adulta.

**Tabla 12.** Resumen de fiabilidad obtenida en estudios con la escala CD-RISC

<b>Autor</b>	<b>N (país)</b>	<b>Población (media o rango de edad)</b>	<b>Fiabilidad (<math>\alpha</math>)</b>
Connor y Davidson (2003)	577 USA	(43.8) general y clínica	.89
Jorgensen & Seedat (2006)	701 South Africa	Adolescentes general	.93
Dolbier et al. (2009)	31 33 USA	21 general	.87
Lamond et al. (2008)	1365 USA	73 general	.92
Vinaccia et al. (2012) (CD_RISC2)	121 Colombia	22-78 clínica	.75
Cleverley and Kidd (2011)	47 Canadá	15-21 general	.92
Notario-Pacheco et al. (2011)	681 España	18-30	.85
Yu et al (2011)	2914 China	13-17	.89
Rivas de Mora (2012)	522 Venezuela	16-42 general	.88
Alvarado de Rattia (2013)	507 España	12-18	.86
Fu et al. (2013)	2132 1988 China	6-16	.86
Marulanda and Addington (2014)	40 40 Canadá	(17.05) y (19.13) general y clínica	.70
Artuch-Garde R. (2014)	365 España	14-21	.84

Autor	N (país)	Población (media o rango de edad)	Fiabilidad ( $\alpha$ )
Ying et al. (2014)	788 China	12-19	.89
Cortón-Facal (2015)	343 España	20-30 general	.86
Rodríguez-Fernández et al. (2015)	1250 España	12-15	.86
Chen Chen (2016)	239 China	18-23 general	.89

### 8.2.5. Cuestionario de Perspectiva Temporal de Thiébaud

No se le calculó el *alpha de Cronbach* por el reducido número de ítems de esta escala.

### 8.2.6. Cuestionario de Metas de Nurmi

No se le calculó el *alpha de Cronbach* por ser un procedimiento de medida basado en el número y tipo de respuestas de los participantes (tipo y número de metas).

### 8.2.7. Social Roles Questionnaire (SRQ-R)

Se calculó el *alpha de Cronbach* para las dos subescalas, resultando una fiabilidad de  $\alpha = .71$ , para la subescala de actitudes de género trascendente y; una fiabilidad de  $\alpha = .81$  para la subescala de actitudes sexistas tradicionales, el rango de coeficientes de correlación ítem-escala corregidos osciló entre .30 (ítem 1) y .66 (ítem 10) (véase **Tabla 13**).

**Tabla 13.** Correlación ítem-escala y consistencia interna de la escala SRQ-R

	<b>Correlación ítem-escala</b>	<b>Alfa si el elemento es eliminado</b>
<b>ACTITUDES DE GÉNERO TRASCENDENTE</b>		
1. Las personas pueden ser tanto agresivas como comprensivas, independientemente de su sexo	.30	.73
2. Se debería tratar a las personas igual, independientemente del sexo al que pertenezcan	.42	.68
3. A los niños se les debería dar libertad en función de su edad, nivel de madurez y no por el sexo de pertenencia	.60	.61
4. Las tareas domésticas no deberían asignarse por sexos	.54	.63
5. Deberíamos dejar de pensar si las personas son hombre o mujer y centrarnos en otras características	.52	.64
<b>ACTITUDES SEXISTAS TRADICIONALES</b>		
6. La principal responsabilidad de un padre es ayudar económicamente a sus hijos	.47	.80
7. Los hombres son más sexuales que las mujeres	.40	.80
8. Algunos trabajos no son apropiados para las mujeres	.62	.77
9. Las madres deberían tomar la mayor parte de decisiones sobre cómo educar a los hijos	.52	.79
10. Las madres solo deberían trabajar si es necesario	.66	.77
11. Se debería proteger y vigilar a las chicas más que a los chicos	.55	.78
12. Solo algunos tipos de trabajo son apropiados tanto para hombres como para mujeres	.51	.79
13. En muchos trabajos importantes es mejor contratar a hombres que a mujeres	.46	.80

En la **tabla 14** se muestra la fiabilidad obtenida en estudios realizados con la escala SRQ-R, en población inglesa y española.

**Tabla 14.** Resumen de fiabilidad obtenida en estudios con la escala SRQ y SRQ-R

Autor	N (país)	Población (media o rango de edad)	Fiabilidad ( $\alpha$ )
Baber y Tucker (2006)	266	19.4 general	.85 general
SRQ	Reino Unido	intervalo 18-27	.66 trascendencia de género
Baber y Tucker (2006)	123	19.5 general	.86 general
SRQ	Reino Unido		.71 trascendencia de género
Baber y Tucker (2006)	414	General	.77 sexismo tradicional
SRQ-R	Reino Unido		.65 trascendencia de género
Fischer & Anderson (2012)	84 EE. UU.	35.8 y 36.1 general	.80 sexismo tradicional .63 trascendencia de género
López-Cepero et al. (2013) SRQ-R	2934 España	15-26 general	.77 sexismo tradicional .46 trascendencia de género

### 8.2.8. Resumen

En general, el análisis de fiabilidad *alpha* de *Cronbach* calculado para la mayoría de las escalas y sus factores, cumplen el criterio establecido para ser utilizadas como instrumentos de evaluación de las variables estudiadas, tal como lo sugieren las recomendaciones para análisis exploratorio estándar, cuyo valor de fiabilidad igual o superior a .60 es adecuado (Nunnally y Bernstein, 1994). El rango de coeficientes estuvo entre  $\alpha = .71$  y  $\alpha = .86$

Tal como se mencionó anteriormente, considerando las características de las escalas que miden salud general, forma física y los cuestionarios que midieron la PTF, no se realizó el análisis de fiabilidad.

En la **Tabla 15** se presenta un resumen de los resultados del análisis de fiabilidad de las escalas.

**Tabla 15.** Resumen de fiabilidad de las escalas utilizadas para medir las variables de resiliencia y salud (bienestar psicológico y satisfacción con la vida y género)

Escala	Variables/Factores	Fiabilidad alpha de Cronbach	Correlación ítem-escala
Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC)	Resiliencia	.86	.19-.55
Escala de Bienestar Psicológico para Jóvenes (BIEPS-J)	Bienestar Global	.78	.31-.52
Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)	Satisfacción con la vida	.72	.39-.63
Social Roles Questionnaire (SRQ-R)	Actitudes de género trascendente	.71	.30-.60
	Actitudes sexistas tradicionales	.81	.40-.66

### 8.3. Análisis descriptivos

En este apartado, se presentan los análisis descriptivos de tendencia central, dispersión y distribución de la muestra en cada una de las escalas de la presente tesis doctoral y se muestran las medias de estudios previos.

#### 8.3.1. Salud autopercebida

##### 8.3.1.1. Salud general y forma física

Los estadísticos descriptivos de la salud general y la forma física autopercebidas aparecen en la **Tabla 16**. Las medidas mostraron una asimetría negativa. No obstante, las medias ( $M = 4.18$ ) y ( $M = 3.82$ ) respectivamente, se encuentran dentro del rango de medias de otros estudios recientes.



**Tabla 16.** Descriptivos de la escala de salud autopercebida: salud general y forma física

Escalas	M	D.T.	Mínimo	Máximo	Simetría	Curtosis
Salud general	4.18	.85	1	5	-6.87	3.84
Forma física	3.82	1.02	1	5	-5.06	,81

N= 223

En las **Tablas 17 y 18** se muestran los descriptivos de un estudio anterior que ha utilizado la misma escala.

**Tabla 17.** Tabla Descriptivos obtenidos en otro estudio con el índice de salud general

Autor	N (país)	Población (media o rango de edad)	M	D
Alvarado de Rattia (2013)	507 España	12-18 general	4.20	.77

**Tabla 18.** Descriptivos obtenidos en otro estudio con el índice de forma física

Autor	N (país)	Población (media o rango de edad)	M	D
Alvarado de Rattia (2013)	507 España	12-18 general	3.65	.87

### 8.3.2. Bienestar Psicológico (BIEPS-J)

Los estadísticos descriptivos de la BIEPS-J aparecen en la **Tabla 19**. La escala, como medida global, mostró una fuerte asimetría negativa. La media ( $M = 33.60$ ) se encuentra dentro del rango de medias de estudios recientes.

**Tabla 19.** Descriptivos de la escala de bienestar psicológico (BIEPS-J)

Variables	M	D.T.	Mínimo	Máximo	Simetría	Curtosis
Bienestar global	33.60	4.11	14.00	39.00	-10.18	13.66

Nota: n = 225

En la **Tabla 20** se muestran los descriptivos de estudios anteriores que han utilizado la misma escala en su mayoría, en población adolescente.

**Tabla 20.** Descriptivos obtenidos en otros estudios con escala de bienestar psicológico (BIEPS-J)

Autor	N (país)	Población (media o rango de edad)	M	D
Maganto y González (2002)	1202 España	14-18 general	34	3.26
Bernabeu et al. (2002)	417 España	15-18 general	33.54	3.87
Figueroa et al. (2005)	150 Argentina	13-18 general	33.41	3.80
Alvarado de Rattia (2013)	507 España	12-18 general	33.55	4.64
Morales N. y González G. (2014)	179 Chile	18.58 general	34.79	3.7
Ramírez Pastor (2015)	675 España	13-18	34.00	3.26
Gutiérrez Muñoz G. (2015)	128 Perú	12-18 general	34.08	3.77
Jiménez G. (2015)	98 España	12-19	34.70	3.29

### 8.3.3. Satisfacción con la vida (SWLS)

Los estadísticos descriptivos de la escala de satisfacción con la vida aparecen en la **Tabla 21**. La medida mostró una asimetría negativa. La media ( $M = 5.26$ ), se encuentran dentro del rango de medias de otros estudios recientes.

**Tabla 21.** Descriptivos de la escala de salud autopercebida: salud general y forma física

	M	D.T.	Mínimo	Máximo	Simetría	Curtosis
<b>Escalas</b>						
Satisfacción con la vida	5.26	.97	1.60	7.00	-4.62	2.06

*Nota:* n = 223

En la **Tabla 22** se muestran los descriptivos de estudios previos que han utilizado la misma escala.

**Tabla 22.** Descriptivos obtenidos en otros estudios con escala SWLS

<b>Autor</b>	<b>N (país)</b>	<b>Población (media o rango de edad)</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
Atienza et al. (2000)	697 España	13-15 general	3.84	.98
Díaz-Morales (2002)	296 España	15-18 general	4.93	1.20
Núñez et al. (2010)	508 España	18-74 clínica	5.39	1.32
Vera-Villarroel et al. (2012)	330 Chile	18-52 general	5.28	1.03
Cárdenas et al. (2012)	807 Chile	18-29 general	4.10	1.26
Videra-García y Reigal-Garrido (2013)	1648 España	14-16 general	4.93	1.21
Taveira et al. (2014)	461 317 107 Portugal	13-21 general 19.8 general 12-21	4.86 4.70 4.42	1.57 1.36 1.78
García et al. (2015)	80 España	14-15 general	2.07	2.39
Padrós et al. (2015)	301 México	29.03 general	3.65	1.08
Díaz et al. (2015)	400 Colombia 401 España	18-64 general 18-76 general	2.56 3.3	.88 .73
Rodríguez-Fernández et al. (2016)	1250 España	12-15 general	26.36	5.55

### 8.3.4. Resiliencia (CD-RISC)

Los estadísticos descriptivos de la CD-RISC aparecen en la **Tabla 23**. La escala mostró una ligera asimetría negativa. La media ( $M = 71.28$ ) se encuentra dentro del rango de medias de estudios recientes.

**Tabla 23.** Descriptivos de la escala de resiliencia Connor y Davidson CD-RISC

	M	D.T.	Mínimo	Máximo	Simetría	Curtosis
<b>Escala</b>						
CD RICS	71.19	12.66	31.00	100.00	-3.48	.97

Nota: n = 232

En **Tabla 24** se presentan los descriptivos de algunos estudios previos que han utilizado esta escala.

**Tabla 24.** Descriptivos obtenidos en otros estudios con escala CD-RISC

Autor	N (país)	Población (media o rango de edad)	M	DT
Connor y Davidson (2003)	577 USA	43.8 general y clínica	8.4	12.8
Jorgensen & Seedat (2006)	701 South Africa	Adolescentes general	64.8	18.9
Dolbier et al. (2009)	31 33 USA	21 clínico	69.41	11.17
Lamond et al. (2008)	1365 USA	73 general	75.7	13.0
Vinaccia and Quiceno (2011) (CD_RISC2)	40 Colombia		6.8	1.8
Vinaccia et al. (2012) (CD_RISC2)	121 Colombia	59 clínica	7.08	1.43
Cleverley and Kidd (2011)	47 Canadá	15-21 general	6.9 53.1	18.99 19.0
Notario-Pacheco et al. (2011) (CD_RISC2)	681 España	18-30	27.4	6.4

<b>Autor</b>	<b>N (país)</b>	<b>Población (media o rango de edad)</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
Yu et al (2011)	2914 China	13-17	69.64	13.25
Rivas de Mora (2012)	522 Venezuela	16-42 general	83.99	1.94
Alvarado de Rattia (2013)	507 España	12-18	68.68	12.58
Fu et al. (2013)	2132 1988 China	6-16	5.5 5.2	19.9 19.5
Ayala Calvo y Manzano (2013)	783 España	20-50	79.8	9.8
Marulanda and Addington (2014)	40 40 Canadá	(17.05) y (19.13) general y clínica	59.20 7.57	14.99 11.47
Artuch-Garde R. (2014)	365 España	14-21	18.29	2.12
Ying et al. (2014)	788 China	12-19	55.0	
Crespo y Fernández-Lansac (2015)	111 España	(62.3) general	64.04	14.65
Cortón-Facal (2015)	343 España	20-30 general	65.84	16.95
Rodríguez-Fernández, et al (2015)	1250 España	12-15	74.80	9.23

### 8.3.5. Perspectiva Temporal Futura

#### 8.3.5.1. Cuestionario de Perspectiva Temporal de Thiébaud

Los estadísticos descriptivos del Cuestionario de Perspectiva Temporal Futura (PT; Thiébaud, 1998), aparecen en la **Tabla 25**. Algunas de sus dimensiones, mostraron asimetría negativa en sus distribuciones, excepto en las estrategias de adaptación.

**Tabla 25.** Descriptivos del cuestionario de perspectiva temporal futura de Thiébaud (1997)

Escalas	M	D.T.	Mínimo	Máximo	Simetría	Curtosis
Afectividad	9.42	2.36	2.00	14.00	-9.62	.41
Densidad	11.97	2.19	2.00	14.00	-9.37	8.93
Claridad	11.19	2.77	1.00	14.00	-7.00	2.35
Distancia	11.42	2.72	1.00	14.00	-9.31	7.61
Continuidad temporal	1.32	2.63	1.00	14.00	-3.12	-.90
Estrategias de adaptación <i>a priori</i> interno	9.15	2.59	2.00	14.00	-1.12	-1.54
Estrategias de adaptación <i>a priori</i> externo	7.45	2.80	1.00	14.00	-.62	-1.90
Estrategias de adaptación <i>a posteriori</i> interno	8.84	2.84	2.00	14.00	-1.93	-1.03
Estrategias de adaptación <i>a posteriori</i> externo	8.00	2.82	2.00	14.00	-.12	-1.54

Nota: n = 232

Teniendo en cuenta el orden, según la puntuación media de cada dimensión, se puede indicar que los adolescentes valoran en primer lugar la cantidad de metas y la percepción de los contenidos relacionados con su futuro; en segundo lugar, la distancia; en tercer lugar, el compromiso y el grado de precisión en relación con sus objetivos futuros; en cuarto lugar, la evaluación de los esfuerzos de adaptación relacionados con las situaciones anteriores al logro de los objetivos que se planean realizar; en quinto lugar, la valencia afectiva asignada al período temporal futuro; en sexto lugar, las estrategias orientadas al logro de objetivos independientemente de las circunstancias del entorno (asociadas al locus de control interno); en séptimo lugar; las estrategias que adaptan sus objetivos a las circunstancias del entorno (asociadas al locus de control interno); en octavo lugar, las estrategias que adaptan sus objetivos a las circunstancias del entorno (asociadas al locus de control externo) y; en último lugar, con la puntuación más baja, las estrategias orientadas al logro de objetivos independientemente de las circunstancias del entorno (asociadas al locus de control externo).

### 8.3.5.2. Cuestionario de Metas de Nurmi

Los estadísticos descriptivos del Cuestionario de Metas (Nurmi, 1991), aparecen en la **Tabla 26**. La escala mostró cierta asimetría en todas las dimensiones. El *control*, y la *probabilidad de realización*, son las distribuciones más sesgadas, lo que indica que para los adolescentes la realización de los objetivos depende más de sí mismos que de las circunstancias y que la probabilidad de que sus objetivos se realicen es bastante alta.

**Tabla 26.** Descriptivos del cuestionario de metas de Nurmi (1989)

Escalas	M	D.T.	Mínimo	Máximo	Simetría	Curtosis
Número de metas	3.97	1.09	1	8	7.06	12.35
Edad cumplimiento metas	22.92	3.62	15.40	38.00	3.5	2.38
Distancia temporal	7.42	3.76	.50	18	4.37	3.52
Conocimiento	5.56	2.78	1.00	2.00	11.06	14.46
Realización	3.48	1.49	1.00	1.00	4.00	4.78
Planes	4.36	1.84	1.00	11.00	4.62	2.96
Control	5.63	1.16	1.00	7.00	-7.31	5.29
Probabilidad de realización	5.84	.90	1.00	7.00	-6.31	8.35
Afectividad	3.36	.58	1.00	4.00	-3.47	2.73

*Nota:* n = 232

Los adolescentes enumeraron un total de 922 metas. La media de metas que mencionaron los participantes fue ( $M = 3.97$ ) siendo el máximo de 8 metas. La media de edad para el cumplimiento de metas fue ( $M = 22.92$ ).

Para calcular la distancia temporal a la que cada participante situaba la realización de sus metas, se calculó la media de la edad estimada para el conjunto de metas y se restó a la edad cronológica. Se obtuvo una media de  $M = 7.42$ , los adolescentes se plantean metas en un rango de 6 meses a 18 años. Con relación al número de factores que pueden influir en su realización los adolescentes enumeraron una media de  $M = 5.56$ ; con relación a las acciones realizadas para el cumplimiento de metas los adolescentes enumeraron una media de  $M = 3.48$  y para indicar la forma en que van a realizar sus metas en lo sucesivo, una media de  $M = 4.36$ . Por último, la afectividad hacia el futuro mostró una media de  $M = 3.36$ .



En la **Tabla 27** se reseñan algunos estudios previos que han utilizado el mismo cuestionario y otros instrumentos.

**Tabla 27.** Estudios previos que han utilizado el cuestionario de metas de Nurmi (1989) y otros instrumentos

<b>Autor</b>	<b>N (país)</b>	<b>Población (media o rango de edad)</b>
Nurmi et al. (1995)	120 Australia 102 Finlandia 46 Israel	16-17
Malmberg et al. (2005)	239 Finlandia-Suecia 197 padres	11-13 y 14-16
Pikó and Keresztes (2006)	1109 Hungría	14-21
Dickson and MacLeod (2006)	111 Australia	16-18
Chang et al. (2006)	932 Caucásicos África México Suramérica Filipinas Asiáticos en América	16-20
Díaz-Morales (2006)	461 España	15-88 general
Skorikov and Vondracek (2007)	234 Caucásicos en América	(14.8)

### 8.3.5.3. Social Roles Questionnaire (SRQ-R)

Los estadísticos descriptivos del Social Roles Questionnaire, en su versión corta, aparecen en la **Tabla 28**. La subescala de actitudes de género trascendentes, mostró asimetría negativa y una media de  $M = 4.00$ . La subescala de actitudes sexistas tradicionales mostró una media de  $M = 2.76$ . Ambas subescalas se encuentran dentro del rango de medias de estudios recientes.

**Tabla 28.** Descriptivos de la escala *Social Roles Questionnaire* (SRQ-R)

Subescalas	M	D.T.	Mínimo	Máximo	Simetría	Curtosis
Actitudes de género trascendentes	4.00	.82	1.00	5.00	-7.46	5.48
Actitudes sexistas tradicionales	2.76	.88	1.00	5.00	.74	-2.04

*Nota:* n = 224

En la **Tabla 29** se presentan los descriptivos de estudios previos que han utilizado esta escala; sin embargo, algunas medias no se asemejan ya que uno de estos estudios ha utilizado otra versión del instrumento.

**Tabla 29.** Descriptivos obtenidos en otros estudios con el *Social Roles Questionnaire* (SRQ-R)

Autor	N (país)	Población (media o rango de edad)	M	DT
Baber y Tucker (2006)	414	General	5.86	6.44
	Reino Unido		25.21	14.43
López-Cepero et al. (2013)	2934	15-26 general	1.97	
	España		4.46	
Fischer & Anderson		36 general	11.21	6.22
		17-26	11.13	7.3

#### 8.4. Transformación de variables: atenuación del sesgo

Dado que algunas variables mostraron cierto sesgo en sus distribuciones, se realizaron algunas transformaciones para atenuar el sesgo y así poder satisfacer los requerimientos estadísticos de las técnicas paramétricas (ANOVA, Correlación de Pearson) que serán utilizadas posteriormente.

En la **Tabla 30** aparece el valor de simetría original, junto con el valor de simetría una vez que se aplicó la transformación correspondiente. En el caso de asimetría negativa, se aplicó una transformación potencia. En el caso de asimetría positiva, se aplicó una transformación logarítmica. La asimetría se corrigió en la mayor parte de las escalas ( $S$  entre  $\pm 1.96$ ), mientras que en algunas otras escalas sólo se consiguió atenuar el sesgo ( $S < 3.5$ ).

Los análisis de datos posteriores fueron realizados con la variable transformada, aunque se informaron de las medias y desviaciones típicas originales, dado que se comparan los valores promedio obtenidos en la presente tesis doctoral con los obtenidos en estudios previos.

**Tabla 30.** Valores de asimetría originales y transformados

	Simetría original	Simetría		
		Valor	Error	Simetría
Salud general	-6.8	-.17	.16	-1.06
Forma física	-5.0	-.17	.16	-1.09
BIEPS-J	-1.1	-.55	.16	-3.44
SLWS	-4.6	-.17	.16	-1.09
CD-RISC	-3.4	.47	.16	2.91
Afectividad	-9.6	.56	.16	3.52
Cantidad	-9.3	-.49	.16	-3.09
Claridad	-7.0	-.24	.16	-1.54
Distancia	-9.3	-.33	.16	-2.10
Continuidad	-3.1	.01	.16	.06
Conocimiento	11.0	-.16	.16	-1.04
Realización	4.0	-.15	.16	-.96
Planes	4.6	.00	.16	.01
Control	-7.3	-.47	.16	-2.99
Probabilidad de realización	-6.31	-.333	.160	-2.085

## **8.5. Diferencias en Edad y Sexo**

Como se indicó en el apartado 7.1., el segundo objetivo de la presente tesis doctoral planteaba: Determinar las diferencias de edad y sexo en salud autopercebida, resiliencia, perspectiva temporal futura y actitudes de género de los adolescentes.

### **2.1. Salud**

H<sub>2</sub>. Se espera que los chicos obtengan una mayor puntuación en salud general y forma física comparados con las chicas, y que los grupos de menor edad, obtengan una mayor puntuación tanto en salud general como en forma física.

H<sub>3</sub>. Se espera que los chicos tengan un mayor nivel de bienestar psicológico en comparación con las chicas. En cambio, no se esperan diferencias según sexo en satisfacción con la vida. Respecto a la edad no se esperan diferencias ni en bienestar psicológico, ni en satisfacción con la vida.

### **2.2. Resiliencia**

H<sub>4</sub>. Se espera que los chicos obtengan un mayor nivel de resiliencia comparados con las chicas, y que los adolescentes de mayor edad, obtengan un mayor nivel de resiliencia comparados con los adolescentes de menor edad.

### **2.3. Perspectiva Temporal Futura**

H<sub>5</sub>. Se espera que las chicas obtengan un mayor nivel de planificación y que los chicos reporten mayor afecto hacia el futuro. En ambos sexos, a mayor edad, más planificación y afecto, y menos control.

### **2.4. Actitudes de género**

H<sub>7</sub>. Se espera que los chicos obtengan mayores puntuaciones en actitudes sexistas tradicionales, mientras que las chicas obtendrán una mayor puntuación en actitudes de género trascendentes y; a mayor edad, más actitudes de género trascendente.

Para contrastar tales hipótesis se realizaron análisis de varianza (ANOVA). Se consideraron como variables independientes, los grupos de edad (12-15) y (16-20) y el sexo (chica vs.

chico), y como variables dependientes, salud autopercebida, resiliencia, perspectiva temporal futura y actitudes de género.

### 8.5.1. Salud autopercebida

#### 8.5.1.1. Salud General

Respecto a la salud general, los resultados indicaron un efecto no significativo tanto del sexo  $F(1,219) = 1.34, p = .24$ . como de la edad,  $F(1,219) = 1.84, p = .17$ , asimismo de la interacción sexo\*edad,  $F(1,219) = .13, p = .71$ , fue no significativa (véase **Tabla 31**).

**Tabla 31.** Media y desviación típica de la dimensión salud general según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Salud general	Chicas	4.24	.90	4.03	.90	4.13	.90	1.84			.008
	Chicos	4.34	.71	4.22	.83	4.28	.76		1.34		.006
	Total	4.28	.82	4.09	.88	4.18	.85			.13	.001

Nota:  $n = 219$ ;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado.

#### 8.5.1.2. Forma física

Respecto a la forma física, los resultados indicaron un efecto según el sexo,  $F(1,219) = 16.35, p < .000$ ;  $\eta^2_p = .07$ , los chicos obtuvieron una puntuación mayor comparado con las chicas.

El efecto de la edad resultó no significativo  $F(1,219) = 1.26, p = .21$ , asimismo la interacción sexo\*edad  $F(1,219) = .20, p = .64$  (véase **Tabla 32**).

**Tabla 32.** Media y desviación típica de la dimensión forma física según edad y sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Forma física	Chicas	3.56	1.07	3.67	1.06	3.62	1.06	1.26			.007
	Chicos	4.06	.92	4.30	.70	4.17	.83		16.35***		.069
	Total	3.77	1.04	3.87	1.00	3.82	1.02			.20	.001

Nota:  $n = 219$ ;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado; \*\*\* $p < .001$ .

### 8.5.1.3. Bienestar Psicológico

Respecto al bienestar psicológico global, los resultados indicaron un efecto según el sexo, en bienestar global,  $F(1,221) = 6.33$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2_p = .028$ , los chicos obtuvieron una puntuación mayor comparado con las chicas.

El efecto de la edad resultó no significativo,  $F(1,221) = .12$ ,  $p = .72$ , asimismo de la interacción sexo\*edad,  $F(1,221) = .61$ ,  $p = .43$  (véase **Tabla 33**).

**Tabla 33.** Media y desviación típica de bienestar psicológico global según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Bienestar Global	Chicas	32.73	3.83	33.38	4.59	33.09	4.26	.12			
	Chicos	34.61	2.98	34.37	4.50	34.51	3.68		6.33**		.028
	Total	33.52	3.61	33.69	4.57	33.60	4.11			.61	

Nota:  $n = 221$ ;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado; \*\* $p < .01$ .

#### 8.5.1.4. Satisfacción con la vida

Respecto a la satisfacción con la vida, los resultados indicaron un efecto no significativo tanto del sexo,  $F(1,221) = .29, p = .58$ , como de la edad,  $F(1,221) = .33, p = .5$ , asimismo de la interacción sexo\*edad,  $F(1,221) = .73, p = .39$  (véase **Tabla 34**).

**Tabla 34.** Media y desviación típica de satisfacción con la vida según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Satisfacción con la vida	Chicas	5.26	.99	5.22	1.09	5.24	1.04	.33			.002
	Chicos	5.21	.85	5.41	.83	5.30	.84		.29		.001
	Total	5.24	.93	5.28	1.01	5.26	.97			.73	.003

Nota: n = 221;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado.

#### 8.5.2. Resiliencia

Respecto a resiliencia, los resultados indicaron un efecto según la edad,  $F(1,228) = 4.19, p < .05, \eta^2_p = .018$  y según el sexo,  $F(1,228) = 8.86, p < .001, \eta^2_p = .037$ , el grupo de mayor edad obtuvo una mayor puntuación en resiliencia y los chicos se mostraron más resilientes con relación a las chicas.

Los efectos de la interacción edad\*sexo, resultaron no significativos  $F(1,228) = .45, p = .002$  (véase **Tabla 35**).

**Tabla 35.** Media y desviación típica de resiliencia según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		$F(1,228)$	$F(1,228)$	$F(1,228)$	$\eta^2_p$
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	
Resiliencia	Chicas	66.93	13.83	71.55	11.70	69.45	12.88	4.19*			
	Chicos	73.13	12.25	75.47	11.13	74.10	11.79		8.86**		
	Total	69.64	13.47	72.78	11.62	71.19	12.66			.45	

Nota: n = 232; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

### 8.5.3. Perspectiva Temporal Futura

Para este análisis, tal como se menciona en el capítulo anterior, se utilizaron algunas variables de la teoría de Nurmi (1989) y Thiébaud (1997), de acuerdo con la adaptación de Díaz-Morales (2001). El análisis de la perspectiva temporal futura comprende dos aspectos, las metas y la extensión de las metas o su ubicación temporal.

#### 8.5.3.1 Perspectiva Temporal Futura de Thiébaud

Respecto a la PTF, los resultados indicaron un efecto según el sexo en afectividad,  $F(1,224) = 8.77, p < .001, \eta^2_p = .038$ , los chicos obtuvieron una puntuación mayor comparados con las chicas.

Los resultados indicaron un efecto según la edad en cantidad,  $F(1,224) = 3.97, p < .05, \eta^2_p = .017$ , el grupo de adolescentes más jóvenes obtuvo una puntuación mayor frente al grupo de mayor edad.

Los efectos de la interacción sexo\*edad resultaron no significativos en todas las dimensiones (véase **Tabla 36**).

**Tabla 36.** Media y desviación típica de perspectiva temporal futura según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20				Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.				
Afectividad	Chicas	9.15	2.50	9.038	2.15	9.09	2.31	.00			.000
	Chicos	1.00	2.18	1.08	2.40	10.03	2.26		8.77***		.038
	Total	9.52	2.39	9.35	2.27	9.44	2.33			.10	.000
Cantidad	Chicas	12.34	1.87	11.89	2.48	12.09	12.09	3.97*			.017
	Chicos	12.18	2.12	11.42	1.89	11.75	11.87		1.11		.005
	Total	12.27	1.98	11.75	2.32	12.01	2.17			.26	.001
Claridad	Chicas	1.93	3.11	11.27	2.75	11.12	2.91	.03			.000
	Chicos	11.54	2.48	11.05	2.58	11.34	2.52		.24		.001
	Total	11.20	2.85	11.21	2.69	11.20	2.77			1.14	.005
		1.43	2.31	1.43	2.31	10.61	2.44	.16			.009



Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Continuidad	Chicas										
	Chicos	9.58	2.96	1.25	2.59	9.85	2.82		3.57		.016
	Total	1.06	2.64	1.60	2.56	10.33	2.61			.24	.001
Distancia	Chicas	11.65	2.63	11.39	3.05	11.51	2.86	.52			.002
	Chicos	11.46	2.20	11.17	2.88	11.34	2.49		.30		.001
	Total	11.57	2.4	11.32	2.99	11.44	2.73			.00	.000
Estrategias de adaptación a posteriori interno	Chicas	8.68	2.87	8.74	3.06	8.72	2.97	.24			.001
	Chicos	8.92	2.76	9.25	2.53	9.05	2.66		.87		.004
	Total	8.78	2.81	8.90	2.91	8.84	2.85			.72	.001
Estrategias de adaptación a posteriori externo	Chicas	7.35	2.92	8.13	2.91	7.79	2.93	2.14			.009
	Chicos	8.20	3.05	8.57	2.09	8.35	2.68		2.61		.012
	Total	7.72	2.99	8.27	2.68	8.00	2.85			.60	.001
Estrategias de adaptación a priori interno	Chicas	9.46	2.67	9.20	2.68	9.32	2.67	.06			.000
	Chicos	8.88	2.63	8.97	2.02	8.91	2.38		1.31		.006
	Total	7.72	2.99	8.27	2.68	8.00	2.85			.25	.001
Estrategias de adaptación a priori externo	Chicas	7.39	2.94	7.58	2.61	7.49	2.75	.09			.000
	Chicos	7.46	3.05	7.51	2.68	7.48	2.88		.00		.000
	Total	7.42	2.97	7.56	2.62	7.49	2.80			.03	.000

Nota: n = 224;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado; \* $p < .05$ ; \*\*\* $p < .001$ .

### 8.5.3.2. Cuestionario de Metas de Nurmi

Respecto al número de metas, los resultados indicaron un efecto no significativo tanto del sexo,  $F(1,228) = .16, p = .68$ , como de la edad,  $F(1,228) = .28, p = .59$ , asimismo, de la interacción sexo\*edad,  $F(1,228) = .0, p = .93$  (véase **Tabla 37**).

**Tabla 37.** Media y desviación típica *del* número total de metas según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Número total de metas	Chicas	4.03	1.08	3.96	.68	3.99	.88	.28			.001
	Chicos	3.98	1.31	3.88	1.46	3.94	1.37		.16		.001
	Total	4.00	1.18	3.93	.99	3.97	1.09			.00	.000

*Nota:* n = 224;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado.

Respecto a la *edad probable de realización de las metas*, los resultados indicaron un efecto no significativo tanto del sexo,  $F(1,221) = .23, p = .63$ , como de la edad,  $F(1,221) = .59, p = .44$ , asimismo, de la interacción sexo\*edad,  $F(1,221) = .07, p = .78$  (véase **Tabla 37**).

**Tabla 38.** Media y desviación típica de edad probable de realización de las metas según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Edad probable de realización	Chicas	22.71	4.09	22.96	3.26	22.85	3.65	.59			.003
	Chicos	22.82	3.94	23.34	3.05	23.04	3.59		.23		.001
	Total	22.76	4.01	23.08	3.18	22.92	3.62			.07	.000

*Nota:* n = 224;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado.

Respecto a la *distancia temporal*, los resultados indicaron un efecto de la edad,  $F(1,228) = 19.46$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2_p = .079$ , los adolescentes de menor edad presentan una distancia temporal mayor respecto al grupo de mayor edad.

El efecto del sexo resultó no significativo,  $F(1,228) = .88$ ,  $p = .34$ , asimismo, de la interacción sexo\*edad,  $F(1,228) = .26$ ,  $p = .60$  (véase **Tabla 39**).

**Tabla 39.** Media y desviación típica de distancia temporal según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Distancia temporal	Chicas	8.47	4.11	6.04	3.23	7.15	3.84	19.46***			.079
	Chicos	8.68	3.85	6.76	2.92	7.89	3.61		.88		.004
	Total	8.56	3.98	6.26	3.14	7.42	3.76			.26	.001

Nota:  $n = 224$ ;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado; \*\*\* $p < .001$ .

Respecto a *nivel de conocimiento*, los resultados indicaron un efecto no significativo tanto del sexo,  $F(1,225) = 2.96$ ;  $p = .08$ , como de la edad  $F(1,225) = .27$ ,  $p = .6$ , asimismo, de la interacción sexo\*edad,  $F(1,225) = .17$ ,  $p = .67$  (véase **Tabla 40**).

**Tabla 40.** Media y desviación típica de nivel de conocimiento según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Conocimiento	Chicas	6.00	2.75	5.64	2.23	5.80	2.48	.27			.001
	Chicos	5.18	2.73	5.13	3.80	5.16	3.20		2.96		.013
	Total	5.64	2.76	5.48	2.81	5.56	2.78			.17	.001

Nota:  $n = 225$ ;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado.

Respecto a *nivel de realización*, los resultados indicaron un efecto no significativo tanto del sexo,  $F(1,224) = .63$ ,  $p = .42$ , como de la edad,  $F(1,224) = 1.20$ ,  $p = .27$ , asimismo la interacción sexo\*edad,  $F(1,224) = .35$ ,  $p = .55$  (véase **Tabla 40**).

**Tabla 41.** Media y desviación típica de nivel de realización según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad						F			
		12-15		16-20		Total					
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Realización	Chicas	3.59	1.39	3.48	1.38	3.53	1.38	.12			.005
	Chicos	3.54	1.54	3.20	1.82	3.40	1.66		.63		.003
	Total	3.57	1.45	3.39	1.53	3.48	1.49			.35	.002

Nota: n = 224;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado.

Respecto a *complejidad del plan*, los resultados indicaron un efecto según el sexo,  $F(1,213) = 4.23$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2_p = .02$ , las chicas obtuvieron una mayor puntuación en comparación con los chicos.

El efecto de la edad resultó no significativo,  $F(1,213) = .08$ ,  $p = .76$ , asimismo la interacción sexo\*edad  $F(1,213) = .06$ ,  $p = .79$  (véase **Tabla 42**).

**Tabla 42.** Media y desviación típica de complejidad del plan según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad						F			
		12-15		16-20		Total					
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Planes	Chicas	4.64	1.92	4.50	1.62	4.56	1.76	.08			.000
	Chicos	4.04	1.72	4.03	2.25	4.03	1.94		4.23*		.020
	Total	4.37	1.85	4.35	1.85	4.36	1.84			.06	.000

Nota: n = 214;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado; \* $p < .05$ .

Respecto a *control*, los resultados indicaron un efecto de la interacción sexo\*edad,  $F(1,228) = 3.82$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2_p = .017$ , las chicas de menor edad y los chicos de mayor edad obtuvieron una mayor puntuación.

El efecto del sexo resultó no significativo,  $F(1,228) = 2.91$ ,  $p = .08$ , asimismo de la edad,  $F(1,228) = .12$ ,  $p = .72$  (véase **Tabla 43**).

**Tabla 43.** Media y desviación típica de control según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Control	Chicas	5.88	.97	5.62	1.29	5.74	1.16	.12			.001
	Chicos	5.30	1.17	5.66	1.07	5.45	1.13		2.91		.013
	Total	5.63	1.09	5.64	1.22	5.63	1.16			3.82*	.017

Nota:  $n = 228$ ;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado; \* $p < .05$ .

Respecto a *probabilidad de realización*, los resultados indicaron un efecto según el sexo,  $F(1,228) = 5.40$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2_p = .023$ , las chicas obtuvieron una mayor puntuación en comparación con los chicos.

El efecto de la edad resultó no significativo,  $F(1,228) = .02$ ,  $p = .87$ , asimismo de la interacción sexo\*edad  $F(1,228) = .75$ ,  $p = .38$  (véase **Tabla 44**).

**Tabla 44.** Media y desviación típica de probabilidad de realización según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Probabilidad de realización	Chicas	6.02	.82	5.89	1.01	5.95	.93	.02			.000
	Chicos	5.63	.83	5.71	.79	5.66	.81		5.40*		.023
	Total	5.85	.85	5.84	.95	5.84	.90			.75	.003

Nota:  $n = 228$ ;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado; \* $p < .05$ .

Respecto a *afectividad* frente al futuro, los resultados indicaron un efecto no significativo tanto del sexo,  $F(1,225) = .4$ ,  $p = .52$ , como de la edad,  $F(1,225) = .0$ ,  $p = .93$ , asimismo, de la interacción sexo\*edad,  $F(1,225) = .33$ ,  $p = .56$  (véase **Tabla 45**).

**Tabla 45.** Media y desviación típica de la dimensión afectividad frente al futuro según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Afectividad frente al futuro	Chicas	3.31	.55	3.36	.64	3.34	.60	.00			.000
	Chicos	3.41	.53	3.37	.54	3.39	.55		.40		.002
	Total	3.35	.54	3.36	.62	3.36	.58			.33	.001

Nota:  $n = 225$ ;  $\eta^2_p$  = eta cuadrado.

#### 8.5.4. Actitudes de género

Respecto a *actitudes de género trascendentes*, los resultados indicaron un efecto según la edad,  $F(1,220) = 4.09$ ,  $p < .05$ ,  $\eta^2_p = .018$  y según el sexo,  $F(1,220) = 7.29$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2_p = .032$ , el grupo de mayor edad obtuvo una mayor puntuación y las chicas comparadas con los chicos, obtuvieron una mayor puntuación.

Los efectos de la interacción edad\*sexo, resultaron no significativos  $F(1,220) = .23$ ,  $p = .062$ ,

Respecto a *actitudes sexistas tradicionales*, los resultados indicaron un efecto según el sexo,  $F(1,220) = 13.46$ ,  $p < .000$ ,  $\eta^2_p = .023$ , los chicos obtuvieron una mayor puntuación en comparación con las chicas.

El efecto de la edad resultó no significativo,  $F(1,220) = 2.73$ ,  $p = .10$ , asimismo de la interacción sexo\*edad  $F(1,220) = .08$ ,  $p = .77$  (véase **Tabla 46**).

**Tabla 46.** Media y desviación típica de actitudes sexistas según la edad y el sexo

Variables	Sexo	Edad				Total		F			
		12-15		16-20							
		M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	Edad	Sexo	Edad*sexo	$\eta^2_p$
Actitudes de género trascendentes	Chicas	4.03	.74	4.20	.74	4.12	.74	4.09*			.018
	Chicos	3.67	.97	3.95	.79	3.79	.90		7.29*		.032
	Total	3.88	.86	4.13	.76	4.00	.82			.23	.001
Actitudes sexistas tradicionales	Chicas	2.48	.77	2.71	.89	2.61	.84	2.73			.012
	Chicos	2.96	.86	3.12	.95	3.03	.90		13.46***		.058
	Total	2.68	.84	2.84	.92	2.76	.88			.08	.000

Nota: n = 232; \* $p < .05$ ; \*\*\* $p < .001$ .

## 8.6. Diferencias según sexo en el contenido de las metas personales

Como se indicó en el apartado 7.1., el tercer objetivo planteaba: Analizar el contenido de las metas de los adolescentes según el sexo y actitudes de género trascendentes y actitudes de género sexistas.

La hipótesis H<sub>7</sub> planteaba que: *Se espera que los adolescentes describan metas relacionadas con tareas de desarrollo propias de su edad. Los chicos se proyectarán un número mayor de metas relacionadas con trabajo y cosas materiales mientras que las chicas se proyectarán un mayor número de metas relacionadas con estudios, familia futura y sí mismo.*

El análisis descriptivo del contenido de metas se realizó sobre la base de las categorías propuestas en el trabajo de Nuttin (1985), Nurmi et al. (1991) y Díaz-Morales (2001).

El procedimiento para determinar las categorías según las *metas*, consistió en hacer una clasificación de acuerdo al contenido y a la frecuencia. En primer lugar, se establecieron once categorías para metas. Posteriormente, para nivel de *conocimiento*, se codificaron los *factores* que influyen en la realización de dichas metas y se establecieron trece categorías. Para nivel de *realización*, se codificaron las *acciones* que la persona ha realizado para el cumplimiento de estas y se establecieron 10 categorías. Por último, para *complejidad del plan*, se codificó la *forma* en que las personas realizarán dichas acciones en lo sucesivo y se crearon diez categorías. La clasificación por categorías para metas fue la siguiente:

1. *Estudios a corto plazo*: metas relacionadas con finalización de estudios actuales definidos (bachillerato, cursos complementarios).
2. *Estudios a largo plazo*: metas relacionadas con estudios a futuro definidos o indefinidos.
3. *Sí mismo*: esta categoría agrupa aspectos relacionados con el desarrollo y la personalidad, tales como; la motivación, la solidaridad, el deseo de lograr metas, las habilidades, la confianza en sí mismo, la dedicación, la capacidad de superación, el esfuerzo, la autoestima.
4. *Familia de origen*: metas relacionadas con la familia de origen, el apoyo o el vínculo afectivo.
5. *Familia futura*: metas relacionadas con formar una familia propia, con relación a hijos y relaciones de pareja.
6. *Amigos*: metas relacionadas con vínculos de amistad.
7. *Trabajo*: metas relacionadas con el ámbito laboral (ocupación y profesión) y con el trabajo actual.
8. *Cosas materiales*: metas relacionadas con la obtención de bienes materiales y posesiones.
9. *Salud*: metas relacionadas con el estado físico y psicológico.
10. *Ocio*: metas relacionadas con actividades deportivas, viajes, hobbies, diversión.
11. *Independencia*: metas relacionadas con cambios y sucesos vitales respecto a la familia de origen y al factor económico.

#### **8.6.1. Diferencias según sexo en número total de las metas personales**

El análisis se realizó teniendo en cuenta el número de metas que indicó cada participante por categoría y se reagruparon en presencia *vs.* ausencia.

Siguiendo este criterio, en la **Tabla 47** se detalla el número y porcentaje de metas en cada una de las once categorías según sexo.



**Tabla 47.** Porcentaje de ausencia y presencia de metas por categorías según sexo

Categorías	Sexo								$\chi^2$
	Chicas				Chicos				
	Presencia	%	Ausencia	%	Presencia	%	Ausencia	%	
Estudios a corto plazo	82	56.6	63	43.4	62	71.3	25	28.7	4.99*
Estudios a largo plazo	121	83.4	24	16.6	59	67.8	28	32.2	7.64**
Trabajo	65	44.8	80	55.2	62	71.3	25	28.7	15.33***
Sí mismo	49	33.8	96	66.2	18	2.7	69	79.3	4.54*
Familia futura	50	34.5	95	65.5	21	24.2	66	75.9	2.74
Ocio	44	3.3	101	69.7	25	28.7	62	71.3	.067
Cosas materiales	25	17.2	120	82.8	10	11.5	77	88.5	1.40
Independencia	18	12.4	127	87.6	7	8.0	80	92.0	1.07
Familia de origen	11	7.6	134	92.4	4	4.6	83	95.3	.803
Amigos	3	2.1	142	97.9	-	-	87	100	1.82
Salud	1	.7	144	99.3	2	2.3	85	97.7	1.10

Nota: n = 232;  $\chi^2$  = chi cuadrado.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Respecto a las diferencias según el contenido de las metas considerando el sexo, las mujeres se plantearon un mayor número de metas relacionadas con la categoría *estudios a largo plazo* (83.4 %) comparado con los chicos (67.8 %),  $\chi^2 = 7.64$ ,  $p < .01$ ,  $C = .179$ . Del mismo modo, un mayor porcentaje de chicas (33.8 %) se clasificó dentro de la categoría *sí mismo* comparado con el porcentaje de chicos (2.7 %),  $\chi^2 = 4.54$ ,  $p < .05$ ,  $C = .139$ . Los chicos se plantearon un mayor número de metas relacionadas con los *estudios a corto plazo* (71.3 %) comparado con el porcentaje de chicas (56.6 %),  $\chi^2 = 4.99$ ,  $p < .05$ ,  $C = .145$ . Asimismo, un mayor porcentaje de chicos (71.3 %) se clasificó dentro de la categoría *trabajo* comparado con el porcentaje de chicas (44.8 %),  $\chi^2 = 15.33$ ,  $p < .00$ ,  $C = .249$ . En las categorías *familia de origen*, *amigos*, *salud*, *ocio*, *cosas materiales* e *independencia*, no se mostraron diferencias según sexo.

Para apreciar mejor la importancia que los adolescentes atribuyen a cada contenido de meta, en la **Tabla 48** se indica el orden según el sexo.

**Tabla 48.** Porcentaje de ausencia y presencia de metas por categorías en orden según sexo

Chicas	Chicos
1. Estudios a largo plazo	1. Estudios a corto plazo
2. Estudios a corto plazo	2. Estudios a largo plazo
3. Trabajo	3. Trabajo
4. Familia futura	4. Ocio
5. Sí mismo	5. Familia futura
6. Ocio	6. Sí mismo
7. Cosas materiales	7. Cosas materiales
8. Independencia	8. Independencia
9. Familia de origen	9. Familia de origen
10. Amigos	10. Salud
11. Salud	11. Amigos

### 8.6.2. Diferencias según sexo en conocimiento de las metas personales

En esta tesis doctoral, además del análisis del *contenido de las metas*, realizado en trabajos anteriores (Nurmi et al., 1989, 1991; Díaz-Morales, 2001, 2006), se realizó la categorización de los factores y las acciones que influyen en los adolescentes para realizar sus metas y se crearon otras categorías considerando la frecuencia. Como se indicó en el apartado 7.3., el número de factores que enumeran es una medida del nivel de conocimiento que tienen sobre las metas.

1. *Estudios a corto plazo*: factores relacionadas con la finalización de estudios actuales definidos (bachillerato y cursos complementarios).
2. *Estudios a largo plazo*: factores relacionadas con estudios a futuro definidos o indefinidos.
3. *Sí mismo*: factores relacionados con el desarrollo y la personalidad, tales como; la motivación, la solidaridad, el deseo de lograr metas, las habilidades, la confianza en sí mismo, la dedicación, la capacidad de superación, el esfuerzo, la autoestima, entre otros.
4. *Familia de origen*: factores relacionados con la familia de origen, el apoyo o el vínculo afectivo.

5. *Familia futura*: factores relacionados con formar una familia propia, con relación a hijos y relaciones de pareja.
6. *Amigos*: factores relacionados con vínculos de amistad.
7. *Trabajo*: factores relacionadas con el ámbito laboral (ocupación y profesión) a futuro y con el trabajo actual.
8. *Cosas materiales*: factores relacionados con la obtención de bienes materiales y posesiones.
9. *Salud*: factores relacionados con el estado físico y psicológico.
10. *Ocio*: factores relacionados con actividades deportivas, viajes, hobbies, diversión.
11. *Independencia*: factores relacionados con cambios y sucesos vitales respecto a la familia de origen y al factor económico.
12. *Situación económica*: factores relacionados con la capacidad financiera y ahorros.
13. *Agentes externos*: factores relacionados con profesores, otros familiares; instituciones o centros de estudio o entrenamiento (véase **Tabla 49**).

**Tabla 49.** Porcentaje de ausencia y presencia del nivel de conocimiento por categorías según sexo

Categorías	Sexo								$\chi^2$
	Chicas				Chicos				
	Presencia	%	Ausencia	%	Presencia	%	Ausencia	%	
Estudios a largo plazo	57	39.3	88	6.7	24	27.6	63	72.4	3.28
Estudios a corto plazo	57	39.3	88	6.7	41	47.1	46	52.9	1.36
Trabajo	58	4.0	87	6.0	27	31.0	60	69.0	1.88
Familia futura	22	15.2	123	84.8	10	11.5	77	88.5	.619
Sí mismo	114	78.6	31	21.4	67	77.0	20	23.0	.082
Ocio	3	2.1	142	97.9	4	4.6	83	95.4	1.18
Cosas materiales	1	.7	144	99.3	0	.0	87	10.0	.603
Independencia	12	8.3	133	91.7	3	3.4	84	96.6	2.09
Familia de origen	31	21.4	114	78.6	16	18.4	71	81.6	.301
Amigos	3	2.1	142	97.9	2	2.3	85	97.7	.014
Salud	4	2.8	141	97.2	6	6.9	81	93.1	2.25
Situación económica	46	31.7	99	68.3	23	26.4	64	73.6	.727
Agentes externos	16	11.0	129	89.0	14	16.1	73	83.9	1.23

Nota: n = 232;  $\chi^2$  = chi cuadrado.

Respecto a las diferencias según el *factor conocimiento* de las metas considerando el sexo, no hubo diferencias.

### **8.6.3. Diferencias según sexo en realización**

Se realizó la categorización de las acciones que indican *de qué forma los adolescentes han orientado sus metas hasta el momento*. Como se indicó en el apartado 7.3., el número de acciones que enumeran es una medida del nivel de planificación que tienen sobre las metas.

1. *Estudiar*: acciones relacionadas con el cumplimiento de obligaciones académicas en general.
2. *Sí mismo*: acciones relacionadas con los aspectos propios del desarrollo y la personalidad, como; la motivación, las habilidades, la confianza en sí mismo, la dedicación, la capacidad de superación, el esfuerzo, la responsabilidad.
3. *Investigar y gestionar*: acciones relacionadas con la búsqueda de instituciones de educación superior, oferta de carreras profesionales y cursos de formación.
4. *Actividades extraescolares y de entrenamiento*: acciones relacionadas con participación en talleres y cursos de preparación a la selectividad, cursos de idiomas, participación en eventos y entrenamientos deportivos, competencias.
5. *Trabajar*: acciones relacionadas con actividades laborales (ocupación y profesión) a futuro y en el trabajo actual.
6. *Ahorrar*: acciones relacionadas con previsiones económicas.
7. *Autocuidado*: acciones relacionadas la propia salud.
8. *Conductas adecuadas*: acciones relacionadas con comportamientos aceptados o aprobados socialmente.
9. *Búsqueda de apoyo*: acciones relacionadas con la búsqueda de ayuda en la familia o a personas del entorno académico y social.
10. *Nada*: ninguna acción realizada (véase **Tabla 50**).

**Tabla 50.** Porcentaje de ausencia y presencia del nivel realización por categorías según sexo

Categorías	Sexo								$\chi^2$
	Chicas				Chicos				
	Presencia	%	Ausencia	%	Presencia	%	Ausencia	%	
Estudios	123	84.8	22	15.2	67	77.0	20	23.0	2.24
Sí mismo	78	53.8	67	46.2	36	41.4	51	58.6	3.35
Investigar, gestionar	35	24.1	66	75.9	21	24.1	66	75.9	.00
Actividades extraescolares y entrenamiento	34	23.4	111	76.6	36	41.4	51	58.6	8.29***
Trabajar	8	5.5	137	94.5	3	3.4	84	96.6	.51
Ahorrar	14	9.7	131	9.3	10	11.5	77	88.5	.19
Autocuidado, salud	2	1.4	143	98.6	3	3.4	84	96.6	1.10
Conductas adecuadas	5	3.4	140	96.6	5	5.7	82	94.3	.69
Buscar ayuda	6	4.1	139	95.9	6	6.9	81	94.8	.84
Nada	35	24.1	110	75.9	25	28.7	62	71.3	.59

Nota: n = 232;  $\chi^2$  = chi cuadrado.

\*\*\* $p < .001$ .

Respecto a las diferencias según el *nivel realización* de las metas considerando el sexo, los chicos se plantearon un mayor número de acciones relacionadas con la categoría *actividades extraescolares y entrenamiento* (41.4 %) comparado con las chicas (23.4 %),  $\chi^2 = 8.29$ ,  $p < .001$ ,  $C = .186$ . En las categorías *estudios*, *sí mismo*, *buscar e investigar*, *trabajar*, *ahorrar*, *autocuidado y salud*, *conductas adecuadas*, *buscar ayuda* y *nada*, no hubo diferencias según sexo.

#### 8.6.4. Diferencias según sexo en complejidad del plan

Se realizó la categorización de las acciones que indican *de qué forma los adolescentes realizarán sus metas en lo sucesivo*. Como se indicó en el apartado 7.3., el número de acciones que enumeran es una medida del nivel de planificación que tienen sobre las metas.

1. *Estudiar*: acciones relacionadas con el cumplimiento de obligaciones académicas.
2. *Sí mismo*: acciones relacionadas con los aspectos propios del desarrollo y la personalidad, como; la motivación, las habilidades, la confianza en sí mismo, la dedicación, la capacidad de superación, el esfuerzo, la responsabilidad.
3. *Investigar y gestionar*: acciones relacionadas con la búsqueda de instituciones de educación superior, oferta de carreras profesionales y cursos de formación.
4. *Actividades extraescolares y de entrenamiento*: acciones relacionadas con participación en talleres y cursos de preparación a la selectividad, cursos de idiomas, participación en eventos y entrenamientos deportivos, competencias.
5. *Trabajar*: acciones relacionadas con actividades laborales (ocupación y profesión) a futuro y en el trabajo actual.
6. *Ahorrar*: acciones relacionadas con previsiones económicas.
7. *Autocuidado*: acciones relacionadas la propia salud.
8. *Conductas adecuadas*: acciones relacionadas con comportamientos aceptados o aprobados socialmente.
9. *Búsqueda de apoyo*: acciones relacionadas con la búsqueda de ayuda en la familia o a personas del entorno académico y social.
10. *Nada*: ninguna acción realizada (véase **Tabla 51**).

**Tabla 51.** Porcentaje de ausencia y presencia de complejidad del plan según sexo

Categorías	Sexo								$\chi^2$
	Chicas				Chicos				
	Presencia	%	Ausencia	%	Presencia	%	Ausencia	%	
Estudios	107	73.8	38	26.2	62	71.3	25	28.7	.17
Sí mismo	92	63.4	53	36.6	51	58.6	36	41.4	.53
Investigar, gestionar	15	1.3	130	89.7	12	13.8	75	86.2	.62
Actividades extraescolares y entrenamiento	23	15.9	122	84.1	30	34.5	57	65.5	1.69***
Trabajar	56	38.6	89	61.4	21	24.1	66	75.9	5.14*
Ahorrar	25	17.2	120	82.8	14	16.1	73	83.9	.05
Autocuidado, salud	0	.0	145	100	5	5.7	82	94.3	8.51**
Conductas adecuadas	3	2.1	142	97.9	8	9.2	79	9.8	6.11***
Buscar ayuda	12	8.3	133	91.7	9	1.3	78	89.7	.28
Nada	6	4.1	139	95.9	5	5.7	82	94.3	.31

Nota: n = 232;  $\chi^2$  = chi cuadrado.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ \*\*\* $p < .001$ .

Respecto a las diferencias según la *complejidad del plan*, considerando el sexo, los chicos se plantearon un mayor número de acciones relacionadas con la categoría *actividades extraescolares y entrenamiento* (34.5 %) comparado con las chicas (15.9 %),  $\chi^2 = 1.69$ ,  $p < .001$ ,  $C = .210$ . Mientras que las chicas se plantearon un número mayor de acciones relacionadas con la categoría *trabajar* (38.6 %), comparado con el porcentaje de chicos (24.1 %)  $\chi^2 = 5.143$ ,  $p < .05$ ,  $C = .147$ . De otro lado, un mayor porcentaje de chicos (5.7 %) se planteó acciones dentro de la categoría *autocuidado y salud* comparado con el porcentaje de chicas (.00),  $\chi^2 =$ ,  $p < .01$ ,  $C = .188$ . Por último, un mayor porcentaje de chicos se planteó acciones relacionadas con la categoría *conductas adecuadas* (9.2 %) comparado con el porcentaje de las chicas (2.1 %),  $\chi^2 = 6.11$ ,  $p < .001$ ,  $C = .160$ . En las categorías *estudios*, *sí mismo*, *buscar e investigar*, *ahorrar*, *buscar ayuda* y *nada*, no hubo diferencias según sexo.

### 8.6.5. Proceso de planificación: análisis cualitativo del contenido de metas

En el siguiente apartado se analizan los contenidos de las metas que previamente se categorizaron y codificaron de acuerdo a las respuestas de los adolescentes en los apartados inmediatamente anteriores.

La planificación implica tanto la anticipación como la realización de actividades concretas con miras a la meta deseada. Con el fin de analizar el nivel de conocimiento, la realización efectiva de las acciones y las estrategias de acción implementadas para su logro en lo sucesivo, se realizó un análisis cualitativo del proceso de planificación. Se presentan algunos ejemplos de las acciones descritas por los adolescentes.

Tal y como se presentó en la tabla (47), las categorías que contienen el mayor porcentaje de metas son: *Estudios a corto plazo*, *Estudios a largo plazo*, *Trabajo*, *Familia Futura* y *Sí mismo*. Con menor frecuencia, se mencionan metas relacionadas con *Ocio*, *Cosas materiales*, *Independencia*, *Familia de origen*, *Amigos* y *Salud*.

#### 8.6.5.1. Estudios a corto plazo

Las metas contenidas en la categoría *Estudios a corto plazo*, hacen referencia a: continuidad de los estudios, aprobación del curso actual, finalización exitosa del bachillerato, realización de otros cursos, aprendizaje de idiomas, entre otras. Ejemplo: «Ganar este año», «Terminar el bachillerato», «Dominar dos idiomas», «Estudiar italiano», «Recuperar las materias pendientes», «Graduarme de bachiller con honores», «Quiero ser chef profesional».

Los factores que intervienen en la realización de estas metas destacaron la importancia de la dedicación y el esfuerzo, como aspectos en los que predomina el locus de control interno. Ejemplo: *Estudios a corto plazo*: «Estudiar más las materias en las que me ha ido mal», «Ganar las materias perdidas», «Entrar a una escuela de idiomas», «Hacer un curso de cocina». «Hacer un curso de peluquería», «Ganar los exámenes». *Sí mismo*: «Mi esfuerzo y dedicación», «Las ganas que ponga», «Ser muy responsable para graduarme», «Estudiar y disfrutar de eso», «Paciencia y empeño», «El compromiso».

En relación con las acciones realizadas hasta el momento se plantearon dar continuidad a algunas de las acciones que habían estado realizando; manifiestan intención de mejorar. Ejemplo: *Estudios*: «Estudiar», «Recuperar las materias que estoy perdiendo», «He sido excelente



en mis deberes», «Mejorar el rendimiento académico», «Estudiar seminarios de actuación y teatro»; *Sí mismo*: «Ser optimista», «Cumplir con mis responsabilidades», «Mejorar cada día», «Meterle empeño». *Nada*: «En estos momentos no he hecho nada», «Hasta ahora no he hecho nada por recuperar».

En relación con el plan de acción en lo sucesivo, los adolescentes se plantearon dar continuidad a algunas de las acciones que habían estado realizando. Ejemplo: *Estudios*: «Seguir estudiando», «Repasando todos los días», «Ganar todos los exámenes», «Estudiar para recuperar», «Estudiando lo relacionado con el tema y hacer todas las técnicas necesarias», «Estudiando a diario»; *Sí mismo*: «Creyendo en mí», «Aprovechando mi capacidad», «No decaer y siempre luchar por esto», «Ser dedicada, constante y responsable en mi proceso académico»; *Actividades extraescolares*: «Estando en pequeñas obras de teatro y mejorando hasta ser muy buena», «Voy a ingresar a una academia de idiomas para aprender alemán», «Seguir dibujando y practicar más guitarra», «Seguir en las clases de francés y tratar de hacer un intercambio».

#### 8.6.5.2. Estudios a largo plazo

Los contenidos de meta relacionados con *Estudios a largo plazo*, se refieren al deseo de hacer estudios de nivel superior (formación profesional, carrera universitaria). Ejemplo: «Ir a la universidad», «Ser una gran profesional», «Hacer mi carrera universitaria en Francia», «Estudiar filosofía».

Los factores que intervienen en la realización de estas metas se relacionan con las condiciones necesarias para aprobar, finalizar el bachillerato y tener éxito y acceso a los estudios superiores, lo que demuestra un alto grado de claridad frente al «cómo» lograr la meta. Ejemplo: *Estudio*: «Estudiar con dedicación y esfuerzo», «Hacer deberes y ganar los exámenes», «Aprobar todos los años», «Prestar atención en clase», «Estudiar y trabajar para conseguir mi objetivo», «Sacar un puntaje alto en el examen de la universidad», «Estudiar lo que más quiero y lo que más me llame la atención»; *Sí mismo*: «Hacer la carrera siendo dedicada y comprometida», «Salir adelante proyectando mi futuro», «Poner más de mi esfuerzo y dedicación», «Tener responsabilidad y confianza», «Conseguiré hacer mi carrera esforzándome para lograr lo que quiero», «Querer estudiar mucho para lograr salir bien preparado con responsabilidad y empeño», «Yo puedo esforzarme y alcanzar mis metas», *Situación económica*: «Medios económicos para pagar los estudios en el exterior», «Que mis padres puedan pagarme la

universidad», «Dinero para hacer una carrera en la universidad», «No sé si en ese tiempo tendré dinero para pagar mi carrera»; *Familia de origen*: «La ayuda y exigencia de mis padres», «Salir adelante con la ayuda de mis padres»; *Agentes externos*: «Obtener una beca», «Tipo de universidad», «Ayudas del gobierno», «Estudiar depende de las circunstancias», «Ser profesional depende de los profesores que tenga».

Las acciones realizadas hasta el momento reflejan compromiso, interés por saber a cerca de lo que desean estudiar, realización de actividades que refuerzan el aprendizaje. Ejemplo: *Estudiar*: «Estudiar mucho», «Tener buenas calificaciones», «Cumplir con mis deberes académicos», «Enfocarme en mis estudios para estar preparado», «Estoy finalizando bien el bachillerato para ir a la universidad»; *Sí mismo*: «Ser un buen estudiante y ser decido por lo que quiero estudiar», «Ser dedicado», «Ser disciplinado», «Esforzándome», «Teniendo un buen comportamiento», «Siendo constante en mis estudios»; *Ahorrar*: «Ayudar a mis padres a ahorrar para mi futuro», «Ahorrar para mis estudios»; *Actividades extraescolares*: «Estar pendiente del deporte, consultando distintas universidades para el periodismo deportivo», «Practico el francés todo lo que puedo, estudio la cultura, economía de Francia, «Estudiando idiomas», «He hecho semilleros de matemáticas en la universidad para prepararme», «Leer y ver documentales sobre lo que me gustaría estudiar»; *Investigar/gestionar*: «Investigar las carreras que hay en las diferentes universidades», «Averiguar sobre lo que quiero hacer», «Investigar antes de entrar a la universidad para tener ideas», «Buscando las mejores universidades», «Buscar becas para el estudio», «Ya me he inscrito en la universidad», «Mirando en internet sitios que quiero conocer», «He hecho contactos con universidades en otro país».

En relación con el plan de acción en lo sucesivo, los adolescentes se plantearon dar continuidad a algunas de las acciones que habían estado realizando, muestran necesidad de apoyo. Ejemplo: *Estudiar*: «Seguir estudiando», «Estudiar sin perder el interés», «Terminando el bachillerato», «Trabajando para finalizar mis estudios», «Cumpliendo con mis deberes», «Estudiar más los temas que no entiendo», «No perdiendo ningún año», «Continuar con el curso de inglés»; *Buscar ayuda*: «Solicitar una beca», «Pedir ayuda a profesores», «Pedir acompañamiento pedagógico», «Buscar consejo», «Apoyo en los libros y profesores», «Hablar con mis padres», «Apoyarme en otras personas», «Escuchar a los profesionales para aprender», «Ayudarme con personas con experiencia», «Pedir ayuda a mis padres»; *Investigar/gestionar*:

«Investigar para aclarar mis dudas», «Consultando todo lo relacionado con la carrera», «Buscando información», «Buscando lo que me gusta que se relaciona con mis estudios», «Contactando con la universidad que quiero».

### 8.6.5.3. Trabajo

Los contenidos de meta relacionados con *Trabajo* se refieren a tener un trabajo en el futuro o en el momento, ser autónomo. Ejemplo: «Conseguir un buen trabajo», «Ejercer la carrera», «Crear una empresa», «Ser futbolista profesional», «Trabajar en lo que estudie», «Trabajar en un hospital», «Ser militar», «Encontrar un trabajo por horas durante la semana».

Los factores que influyen en el logro de estas metas, están relacionados con condiciones que pueden ser determinantes para el acceso a la vida laboral, valoran aspectos del desarrollo personal y destacan la importancia de realizar estudios para obtener cargos cualificados. Ejemplo: *Estudios*: «Trabajar y estudiar duro», «Hacer primero la carrera», «Estudiar para poder encontrar un trabajo en lo que me gusta», «Haber estudiado»; *Sí mismo*: «Interés y preparación», «Dar lo mejor de mí», «Ser constante», «La capacidad para ser la mejor en mi trabajo», «Siempre tener claro lo que quiero», «Disciplina».

Las acciones realizadas hasta el momento hacen referencia a trabajos durante los fines de semana o por horas. Ejemplo: «Trabajo los fines de semana para ahorrar», «Ya he trabajado en oficios», «Ayudar a mi madre en las confecciones», «Todavía no he trabajado en nada, pero voy a hacerlo más adelante», «Estoy tratando de encontrar un trabajo».

Las acciones a realizar en lo sucesivo, señalan la importancia que dan a la búsqueda y la obtención de un empleo para el posterior logro de otros objetivos. Ejemplo: *Investigar/gestionar*: «Buscando ofertas de empleo», «Buscar un trabajo mandando hojas de vida», «Buscar un trabajo en cualquier cosa»; *Familia futura*: «Teniendo un trabajo estable para poder tener una familia», «Tener un buen trabajo para tener una buena familia», *Ahorrar*: «Trabajar y guardar el dinero», «Trabajar los fines de semana para ir ahorrando», *Estudios*: «Hacer la carrera y a la vez trabajar para ayudarme», «Terminar la carrera para conseguir un buen empleo», *Conductas adecuadas*: «Respetando a los demás para ser el mejor en lo que hago», «Trabajando dignamente», «Tratar de hacer lo que me indiquen», «Siendo un buen ciudadano».

#### 8.6.5.4. Familia futura

Los contenidos de meta relacionados con *Familia futura*, se refieren al deseo de formar una familia propia, formalizar una relación de pareja, tener hijos. Ejemplo: «Ser padre», «Ser madre», «Tener una familia muy linda con muchos valores», «Construir una familia cuando termine la carrera», «Tener una familia unida, casarme, tener hijos o adoptarlos», «Darle una buena educación moral a mi hijo», «Ser una buena madre»

Los factores que influyen en la realización de estos objetivos demuestran que hay cierto grado de conocimiento de las condiciones necesarias para formar una familia. Ejemplo: *Situación económica*: «Ser independiente y tener los recursos para hacerlo», «La estabilidad económica y el amor»; *Sí mismo*: «Encontrar a alguien que me quiera y formar una familia», «Tener una pareja estable», «Desear ser madre», «Sentir un amor profundo por mi compañero», «Responsabilidad y respeto», «Mis sentimientos y las ganas de tener una familia», «Estabilidad emocional y tiempo», «Dar un buen ejemplo a mi hija»; *Estudios*: «Terminar una carrera para tener una familia», «Cuando termine de estudiar y de lograr mis metas quiero serlo (ser madre)», «Haber realizado todas mis metas anteriores», «Tener mi carrera y un trabajo seguro»; *Trabajo*: «Tener un trabajo estable para salir adelante», «Trabajar y ser una buena mujer».

Las estrategias de acción hasta el momento son escasas. Ejemplo: «He ido a fundaciones de niños pequeños y cada vez me convengo más de que quiero ser madre», «Seguir estudiando», «Tratar de buscar a la persona indicada desde este momento» «Nada», «Por el momento no», «Por el momento ninguno», «Todavía no pienso en un futuro con nadie».

En relación con las estrategias de acción en lo sucesivo, se advierte claridad respecto a la distancia temporal en la medida que los adolescentes se proyectan una familia a largo plazo; una vez hayan finalizado los estudios y logren una estabilidad laboral. Ejemplo: *Estudios*: «Terminar la carrera, formar un hogar y construir mi familia», «Después de haber estudiado y haber realizado la mayoría de mis metas, esta sería una de las últimas», «Estudiando y trabajando»; *Trabajo*: «Tener un buen trabajo para tener una buena familia»; «Cuando termine de estudiar y de lograr mis otras metas»; «Trabajando y siendo alguien en la vida», «Teniendo primero un buen trabajo, «Trabajo, estudio»; *Sí mismo*: «Ser una gran persona», «Siendo responsable», «Encontrar el hombre de mis sueños».

#### 8.6.5.5. Sí mismo

La categoría *Sí mismo*, involucra aspectos del desarrollo y la personalidad, por tanto, estas metas se relacionan de manera transversal con las demás, en concreto, con *Estudios, Trabajo, Familia y Ocio*. En las estrategias de acción se percibe que, para estos adolescentes, el desarrollo exitoso de los objetivos depende de aspectos internos.

Los contenidos de meta relacionados con *Sí mismo*, se refieren a aspectos del desarrollo personal. Ejemplo: «Ser feliz y próspero en la vida», «Ser libre y ser yo misma», «Ser exitoso», «Prestar más atención a mi futuro», «Tener buenas relaciones sociales», «Tener todo lo que sueño con mi esfuerzo», «Ayudar a personas y animales necesitados», «Tener confianza en mí», «Crecer como persona», «Disfrutar la vida», «Ser alguien en la vida», «Ser feliz»

Los factores que influyen en la realización de las metas se centran en la posibilidad de cambio, en la búsqueda de la felicidad y la motivación para el logro de objetivos. Ejemplo: «Mi actitud», «Disciplina», «Esfuerzo y perseverancia», «Recordar los planes de mi futuro», «La seguridad que tengo en mí misma», «La confianza y la autoestima», «Interés y preparación», «El compromiso», «Hacer lo que me gusta y disfrutarlo», «Mantenerme optimista», «Aprender a manejar los problemas», «Aprender de otras personas».

Las acciones realizadas hasta el momento, son positivas y evidencian compromiso y control interno. Ejemplo: «Hacer las cosas que me gustan», «Demostrarme a mí mismo que soy capaz», «Esforzándome para ser mejor persona», «Pensar en el futuro», «Intentando resolver con calma los problemas», «Dando lo mejor de mí», «Seguir mi sueño y mi talento»,

Las estrategias de acción a futuro, responden al interés de seguir reforzando la motivación y mantener presentes los objetivos a alcanzar. Ejemplo: «No rendirme», «Poniendo mucho empeño», «Siendo muy positiva», «Con esfuerzo y dedicación», «Ser perseverante y responsable», «Mirando claramente mis objetivos», «Creando mi propio camino», «Conviviendo pacíficamente con los demás», «Ser constante con mis metas», «Cuando sea importante, ayudar a la comunidad».

#### **8.6.5.6. Ocio**

Los contenidos de meta relacionados con *Ocio*, se refieren a actividades en el tiempo libre, diversión, viajes. Ejemplo: «Conocer muchos lugares en el mundo», «Viajar por muchos países», «Viajar, ir de fiesta, pasarlo bien», «Tomar clases de piano o violín», «Hacer porrismo».

Los factores que inciden en el logro de la meta están relacionados el aprendizaje de idiomas, la posesión de dinero, el deseo de viajar y otras actividades. Ejemplo: «Aprender idiomas para viajar», «Saber inglés para conocer muchos países», «Ganas de salir y conocer», «Entrenar», «Hacer deporte».

Las acciones realizadas hasta el momento, se relacionan con la práctica de deportes, entrenamiento y participación en eventos y cursos, que demuestran implicación y participación. Ejemplo: «He participado en torneos», «Hacer cosas notorias en el deporte», «He entrenado con equipos de fútbol», «He ido a la academia de inglés», «Practico con mi guitarra», «He estado en seminarios de teatro», «He hecho cursos de cocina».

Las estrategias de acción en lo sucesivo, se refieren a la práctica de deportes y al ocio, pretenden dar continuidad a las acciones ya mencionadas. Ejemplo: «Comprometerme con la natación», «Seguir entrenando con disciplina», «Esforzándome con el juego y el entrenamiento», «Tomar clases para perfeccionarme y hacer covers», «Cantando en lugares públicos para que me conozcan».

#### **8.6.5.7. Cosas materiales**

Los contenidos de meta relacionados con *Cosas materiales*, se asocian directamente con la obtención de bienes materiales. Ejemplo, «Tener un carro», «Tener una casa propia», «Tener mis propias cosas», «Darle una casa a mi madre».

Los factores que influyen en la realización de esta meta se relacionan con condiciones que propician la obtención de dinero y, en concreto, de bienes materiales. Ejemplo: *Sí mismo*: «Tener claridad de lo que quiero, y continuar sin importar qué pase», «Ser emprendedor», «Mi dedicación y entrega», «Mi amor y valoración hacia el trabajo», «Saber qué es lo que realmente me importa»; *Trabajo*: «La dedicación al trabajo», «Un trabajo estable», «Trabajar y ganar dinero», «Trabajar mucho para conseguir el dinero suficiente», «Con el esfuerzo de mi trabajo».

conseguir mi estabilidad económica»; *Ahorrar*: «Tener ahorros», «Guardar dinero», «Ahorrar»; *Situación económica*: «Mi economía», «Tener dinero suficiente»,

Las estrategias de acción realizadas hasta el momento son escasas con relación a estas metas. Ejemplo: *Sí mismo*: «Esforzarme, siempre queriendo sacar todo de mí para sacar mis metas adelante», «Ser responsable», «Estoy en proceso»; *Trabajar*: «Algún fin de semana trabajo», «Tener dinero trabajando de una manera digna, pensando en lo que quiero»; *Ahorrar*: «Ahorrar poco a poco»; *Investigar/gestionar*: «He averiguado subsidios de casa para cuando tenga mi mayoría de edad»; *Nada*: «No es el momento para iniciarlo», «No sé».

Los planes de acción a futuro, son variados de acuerdo a los intereses propios. Ejemplo: *Sí mismo*: «Siendo tan bueno en lo que hago que con meses de pago lo pueda comprar», «Creyendo en mí», «Amor, paciencia»; *Trabajar*: «Con el dinero que gane trabajando», «Trabajando», «Trabajando con esfuerzo»; *Ahorros*: «Ahorrando de cada paga»; *Investigar/gestionar*: «Buscando subsidios y medios para lograr esto»; *Estudios*: «Siendo profesional», «Graduarme con esfuerzo para poder tener dinero».

#### 8.6.5.8. Independencia

Los contenidos de meta relacionados con *Independencia*, se refieren a cambios vitales y al nivel económico. Ejemplo: «Dejar de vivir con mi familia», «Ir a Inglaterra a estudiar inglés», «Ser independiente y tener mis propias cosas», «Vivir sola», «Estar en un programa de intercambio con Francia por medio de mi instituto para ir estudiar», «Vivir en el extranjero», «Conseguir una beca para estudiar en el exterior, de preferencia una beca deportiva», «Vivir estudiar y trabajar en Francia», «Crear mi propia empresa», «Conseguir estabilidad económica e independencia»

Los factores que influyen en el cumplimiento de la meta están asociados a las condiciones para emanciparse. Ejemplo: *Situación económica*: «Depende de una economía estable», «Tener dinero para sostenerme», *Trabajo*: «Estudiando y trabajando», «Ser mayor de edad y trabajar», «Tener un trabajo para poder irme a estudiar a Francia», «Contar con una organización que me dé la oportunidad de ejercer mis conocimientos», *Sí mismo*: «Dedicación, esfuerzo, sacrificio», «Las ganas», «No rendirme».

Las acciones realizadas hasta el momento hacen referencia a la gestión de trámites y búsquedas para hacer viajes y hacer contactos. Ejemplo: *Investigar/gestionar*: «Ya he vivido en

Europa», «Buscar universidades», «Conexiones de mis padres con universidades y aprendiendo idiomas», «Pedir la visa y la residencia», «He intentado crear negocios propios»; *Estudios*: «Tengo tres idiomas, soy buen estudiante y tengo dónde quedarme», «Estoy estudiado inglés», *Sí mismo*: «Mantenerme motivado», *Trabajo*: «Buscar mediante diferentes medios opciones de trabajo»

Las acciones a realizar en lo sucesivo, señalan el interés por gestionar los requerimientos necesarios para el cumplimiento de la meta. Ejemplo: *Investigar/gestionar*: «Manteniendo contactos», «Ya tengo la visa para viajar», «Yendo a vivir allí y buscar un rumbo», «Aprovechando mi ciudadanía americana tengo mayor posibilidad», «Comunicándome con la universidad que quiero», *Sí mismo*: «Independizarme y hacerme cargo de mis compromisos», «Dando todo por mí», «Tener consciencia y saber pensar las cosas antes de hacerlas»; *Trabajar*: «Trabajando con amor y pasión», «Trabajar duro», «Trabajando y ganar dinero»; *Estudiar*: «Estudiar inglés, no dejarme atemorizar», «Ganando una beca», «Graduarme de bachiller, graduarme en la tecnología, buscar empleo».

#### **8.6.5.9. Familia de origen**

Los contenidos de meta relacionados con *Familia de origen*, se refieren al vínculo afectivo familiar, a ofrecer apoyo a los padres o al núcleo familiar. Ejemplo: «Estar siempre unidos», «Sacar a mi familia adelante», «Sacar a mi familia de la pobreza», «Proyectar un mejor futuro con mi familia», «Dar lo mejor a mis padres», «Mantener a mi mamá para que no trabaje», «Ayudar a mis padres con las deudas».

Los factores que influyen en el logro de estas metas, se clasifican en la categoría *Trabajo*: «Tener un trabajo para ganar dinero», «Con el empleo podría mantener a mi madre», «Tener un empleo seguro», «El trabajo que tenga y lo que gane».

Las acciones realizadas hasta el momento para el logro del objetivo se relacionan con la categoría *Sí mismo*: «Tengo presente ver felices a mis padres», «Haría todo por mi familia», «Mi actitud, esfuerzo y dedicación», «Estar siempre con ellos», «Darles todo mi amor y trato de ayudarles», «Siempre cuidando a mi familia».

Las estrategias de acción en lo sucesivo, se relacionan con las categorías *Sí mismo*: «Respetándolos y amándolos», «Dándoles todo mi amor y tratando de ayudarles»; *Estudio y*



*Trabajo*: «Estudiando», «Conseguir un buen trabajo y devolverles un poco de lo que ellos me han dado», «Trabajando duro», «Consiguiendo un empleo estable»; *Conductas adecuadas*: «Respeto a mi familia y nuestras diferencias», «Obedecer a mis padres», «Teniendo un buen comportamiento».

#### **8.6.5.10. Amigos**

Los contenidos de meta relacionados con *Amigos*, se refieren al establecimiento de nuevos vínculos de amistad. Ejemplo: «Conocer gente y tener amigos en todo el mundo», «Conseguir buenos amigos», «Tener una buena relación con mis amigos».

Los factores que inciden en el cumplimiento de la meta están relacionados con el apoyo y el ocio. Ejemplo: «Apoyo de mis amigos», «Confianza de mis amigos», «Viajar a muchos lugares». Respecto a las acciones realizadas hasta ahora y los planes de acción a futuro, los adolescentes refieren no haber hecho nada.

#### **8.6.5.11. Salud**

Los contenidos de meta relacionados con *Salud*, se refieren al bienestar físico y psicológico. Ejemplo: «Tener buena salud», «Vivir bien», «Integrar el voleibol a mi vida jugando por diversión y salud».

Los factores que influyen en el cumplimiento de esta meta se relacionan con el ejercicio físico. Ejemplo: «Practicar el deporte que me gusta», «Entrenar todos los días para tener un buen estado físico», «Hacer deporte».

Las acciones realizadas para el logro del objetivo se relacionan con el *Autocuidado*: «Cuidarme haciendo ejercicio físico», «Ir al psicólogo», «Tener un buen estado físico».

Los planes de acción a futuro se relacionan con *Autocuidado*: «Cuidar mi salud física y psicológica», «Haciendo deporte para estar bien», «Tener un buen estado físico».

#### 8.6.6. Resumen

Respecto a las diferencias en el contenido de la meta, los chicos piensan en metas, principalmente, relacionadas con *estudios a corto plazo y trabajo*; mientras que las chicas piensan en metas de *estudios a largo plazo y sí mismo*. En general, los adolescentes tienen un alto nivel de conocimiento respecto a sus metas, es decir, tienen claridad frente a los factores que pueden influir en la realización de dichas metas. Sin embargo, es más reducido el número de acciones que han realizado hasta el momento para alcanzar sus objetivos. Respecto a cómo piensan realizar sus objetivos en lo sucesivo, indican que realizarían más acciones de las que han desarrollado hasta el momento.

El *nivel de realización* se relaciona significativamente en los chicos con *actividades extraescolares y entrenamiento* asociadas al logro de las metas de *ocio y estudio*, lo que demuestra que en el presente realizan *actividades extraescolares y entrenamiento* que repercutirán en un futuro en el cumplimiento de dichas metas; mientras que en las chicas se mostró una diferencias significativa con relación a las acciones asociadas a las metas de *sí mismo*.

Las chicas planean un mayor número de acciones que realizarán en lo sucesivo relacionadas con *trabajar* encaminadas al logro de metas de *estudio*, y pese a que las chicas obtuvieron una media mayor en relación con la *elaboración del plan* para el cumplimiento de sus metas; se hallaron diferencias significativas que muestran que los chicos se plantearon más acciones como *actividades extraescolares y entrenamiento* para el logro de metas de *estudio y ocio* y; por otra parte, *conductas adecuadas*, encaminadas al logro de metas de *estudio y trabajo*; por último, más acciones de *autocuidado y salud*, relacionadas con metas de *salud*. En los demás dominios, las chicas obtuvieron un mayor porcentaje de acciones, aunque no con una representación significativa. Por ejemplo, la chicas piensan en más acciones como *buscar ayuda, investigar y gestionar, ahorrar, estudiar*. Estos resultados son interesantes desde el punto de vista del género en tanto las chicas piensan en acciones más «serias» y chicos piensan más en actividades más «informales».

### 8.7. Diferencias en el contenido de las metas según actitudes de género

Como se indicó en el apartado 7.1., la hipótesis  $H_8$  planteaba que: Se espera encontrar diferencias en el contenido de las metas según las actitudes de género de los adolescentes. Las *actitudes trascendentes de género* se asociarán con metas del tipo familia, sí mismo, estudios, mientras que las *actitudes sexistas* se asociarán con metas del tipo trabajo, diversión, cosas materiales.

Para contrastar tal hipótesis se analizaron las diferencias del contenido de las metas en grupos altos y bajos en actitudes de género trascendentes y actitudes de género sexistas utilizando la técnica  $\chi^2$ .

Se formaron dos grupos «altos» y «bajos» usando como criterio el valor de la mediana de cada distribución. La composición de los grupos se indica como («altos en actitudes de género trascendentes» y «bajos en actitudes de género trascendentes») y («altos en actitudes de género sexistas» y «bajos en actitudes de género sexistas»).

### 8.7.1. Diferencias en el contenido de las metas según actitudes de género trascendentes

Respecto a las diferencias de actitudes de género trascendentes según el número de metas, no se mostraron diferencias en ninguna de las categorías (véase **Tabla 52**).

**Tabla 52.** Porcentaje de ausencia y presencia de metas según actitudes de género trascendentes

Categorías	Grupos								$\chi^2$
	Bajos en Actitudes de Género Trascendente				Altos en Actitudes de Género Trascendente				
	Presencia	%	Ausencia	%	Presencia	%	Ausencia	%	
Estudios a largo plazo	84	76.4	26	23.6	96	78.7	26	21.3	.18
Estudios a corto plazo	75	68.2	35	31.8	69	56.6	53	43.4	3.32
Trabajo	67	60.9	43	39.1	60	49.2	62	50.8	3.21
Familia futura	35	31.8	75	68.2	36	29.5	86	70.5	.14
Sí mismo	29	26.4	81	73.6	38	31.1	84	68.9	.64
Ocio	30	27.3	80	72.7	39	32.0	83	68.0	.61
Cosas materiales	16	14.5	94	85.5	19	15.6	103	84.4	.04
Independencia	11	10.0	99	90.0	14	11.5	108	88.5	.13
Familia de origen	9	8.2	101	91.8	6	4.9	116	95.1	1.01
Amigos	2	1.8	108	98.2	1	.8	121	99.2	.45
Salud	2	1.8	108	98.2	1	.8	121	99.2	.45

*Nota:* n = 232;  $\chi^2$  = chi cuadrado.

Respecto a las diferencias de actitudes de género trascendentes según el nivel conocimiento de las metas, no se mostraron diferencias en ninguna de las categorías (véase **Tabla 53**).

**Tabla 53.** Porcentaje de ausencia y presencia de conocimiento de metas según actitudes de género trascendentes

Categorías	Grupos								$\chi^2$
	Bajos en Actitudes de Género Trascendente				Altos en Actitudes de Género Trascendente				
	Presencia	%	Ausencia	%	Presencia	%	Ausencia	%	
Estudios a largo plazo	80	72.7	30	27.3	71	58.2	51	41.8	.02
Estudios a corto plazo	63	57.3	47	42.7	71	58.2	51	41.8	.02
Trabajo	44	40.0	66	60.0	41	33.6	81	66.4	1.01
Familia futura	16	14.5	94	85.5	16	13.1	106	86.9	.10
Sí mismo	30	27.3	80	72.7	21	17.2	101	82.8	3.41
Ocio	3	2.7	107	97.3	4	3.3	118	96.7	.06
Cosas materiales	0	.0	110	100.0	1	.8	121	99.2	.90
Independencia	10	9.1	100	90.9	5	4.1	117	95.9	2.38
Familia de origen	22	20.0	88	80.0	25	20.5	97	79.5	.00
Amigos	3	2.7	107	97.3	2	1.6	120	98.4	.32
Salud	5	4.5	105	95.5	5	4.1	117	95.9	.02
Situación económica	32	29.1	78	70.9	37	30.3	85	69.7	.04
Agentes externos	15	13.6	95	86.4	15	12.3	107	87.7	.09

Nota: n = 232;  $\chi^2$  = chi cuadrado.

Respecto a las diferencias de actitudes de género trascendentes según el nivel de realización de las metas, el grupo bajo se planteó un mayor número de acciones relacionadas con la categoría *ahorrar* (14.5 %) comparado con el grupo alto (6.6 %),  $\chi^2 = 3.98$ ,  $p < .05$ ,  $C = .13$ .

En las categorías *estudios*, *sí mismo*, *investigar y gestionar*, *actividades extraescolares y entretenimiento*, *trabajar*, *autocuidado y salud*, *conductas adecuadas*, *buscar ayuda* y *nada*, no se mostraron diferencias (véase **Tabla 54**).

**Tabla 54.** Porcentaje de ausencia y presencia de realización de metas según actitudes de género trascendentes

Categorías	Grupos								$\chi^2$
	Bajos en Actitudes de Género Trascendente				Altos en Actitudes de Género Trascendente				
	Presencia	%	Ausencia	%	Presencia	%	Ausencia	%	
Estudios	90	81.8	20	18.2	100	82.0	22	18.0	.00
Sí mismo	61	55.5	49	44.5	53	43.4	69	56.6	3.33
Investigar, gestionar	23	20.9	87	79.1	33	27.0	89	73.0	1.19
Actividades extraescolares y entretenimiento	34	30.9	76	69.1	36	29.5	86	70.5	.05
Trabajar	5	4.5	105	95.5	6	4.9	16	95.1	.01
Ahorrar	16	14.5	94	85.5	8	6.6	114	93.4	3.98*
Autocuidado, salud	2	1.8	108	98.2	3	2.5	119	97.5	.11
Conductas adecuadas	4	3.6	106	96.4	6	4.9	116	95.1	.23
Buscar ayuda	5	4.5	105	95.5	7	5.7	115	94.3	.16
Nada	24	21.8	86	78.2	36	29.5	86	70.5	1.78

*Nota:* n = 232;  $\chi^2$  = chi cuadrado.

\* $p < .05$ .

Respecto a las diferencias de actitudes de género trascendentes según la complejidad del plan, no se mostraron diferencias en ninguna de las categorías (véase **Tabla 55**).

**Tabla 55.** Porcentaje de ausencia y presencia de complejidad del plan según actitudes de género trascendentes

Categorías	Grupos								
	Bajos en Actitudes de Género Trascendente				Altos en Actitudes de Género Trascendente				
	Presencia	%	Ausencia	%	Presencia	%	Ausencia	%	$\chi^2$
Estudios	76	69.1	34	30.9	93	76.2	29	23.8	1.49
Sí mismo	68	61.0	42	38.2	75	61.0	47	38.5	.00
Investigar, gestionar	10	9.1	100	90.9	17	13.9	105	86.1	1.32
Actividades extraescolares y entretenimiento	25	22.7	85	77.3	28	23.0	94	77.0	.00
Trabajar	30	27.3	80	72.7	47	38.5	75	61.5	3.30
Ahorrar	16	14.5	94	85.5	23	18.9	99	81.1	.76
Autocuidado, salud	2	1.8	108	98.2	3	2.5	119	97.5	.11
Conductas adecuadas	3	2.7	107	97.3	8	6.6	114	93.4	1.87
Buscar ayuda	14	12.7	96	87.3	7	5.7	115	94.3	3.43
Nada	5	4.5	105	95.5	6	4.9	116	95.1	.01

Nota: n = 232;  $\chi^2$  = chi cuadrado.

### 8.7.2. Diferencias en el contenido de las metas según actitudes de género sexistas

Respecto a las diferencias de actitudes de género sexistas según el número de metas, el grupo alto se planteó un mayor número de metas relacionadas con la categoría *estudios a corto plazo* (69.2 %) comparado con el grupo bajo (54.5 %),  $\chi^2 = 5.31$ ,  $p < .05$ ,  $C = .150$ . Por el contrario, el grupo bajo se planteó un mayor número de metas relacionadas con *sí mismo* (37.5 %) comparado con el grupo alto (2.8 %),  $\chi^2 = 7.83$ ,  $p < .001$ ,  $C = .181$ .

En las categorías *estudios a largo plazo*, *trabajo*, *familia futura*, *ocio*, *cosas materiales*, *amigos*, *independencia*, *familia de origen*, *amigos y salud* no se mostraron diferencias (véase **Tabla 56**).

**Tabla 56.** Porcentaje de ausencia y presencia de metas según actitudes de género sexistas

Categorías	Grupos								$\chi^2$
	Bajos en Actitudes de Género Sexistas				Altos en Actitudes de Género Sexistas				
	Presencia	%	Ausencia	%	Presencia	%	Ausencia	%	
Estudios a largo plazo	89	79.5	23	20.5	91	75.8	29	24.2	.43
Estudios a corto plazo	61	54.5	51	45.5	83	69.2	37	30.8	5.31*
Trabajo	57	50.9	55	49.1	70	58.3	50	41.7	1.29
Familia futura	35	31.3	77	68.8	36	30.0	84	70.0	.04
Sí mismo	42	37.5	70	62.5	25	20.8	95	79.2	7.83***
Ocio	36	32.1	76	67.9	33	27.5	87	72.5	.59
Cosas materiales	12	10.7	100	89.3	23	19.2	97	80.8	3.23
Independencia	15	13.4	97	86.6	10	8.3	110	91.7	1.54
Familia de origen	35	31.3	77	68.8	36	30.0	84	70.0	.04
Amigos	3	2.7	109	97.3	-	-	120	100	3.25
Salud	3	2.7	109	97.3	-	-	120	100	3.25

Nota: n = 232;  $\chi^2$  = chi cuadrado.

\* $p < .05$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Respecto a las diferencias de actitudes de género sexistas según el nivel de conocimiento de las metas, el grupo alto se planteó un mayor número de acciones relacionadas con la categoría *estudios a corto plazo* (5.8 %) comparado con el grupo bajo (33 %),  $\chi^2 = 7.58$ ,  $p < .001$ ,  $C = .177$ .



En las categorías *estudios a largo plazo, trabajo, familia futura, sí mismo, ocio, cosas materiales, independencia, familia de origen, amigos y salud, situación económica y agentes externos*, no se mostraron diferencias (véase **Tabla 57**).

**Tabla 57.** Porcentaje de ausencia y presencia de conocimiento de metas según actitudes de género sexistas

Categorías	Grupos								$\chi^2$
	Bajos en Actitudes de Género Sexistas				Altos en Actitudes de Género Sexistas				
	Presencia	%	Ausencia	%	Presencia	%	Ausencia	%	
Estudios a largo plazo	44	39.3	68	60.7	37	30.8	83	69.2	1.82
Estudios a corto plazo	37	33.0	75	67.0	61	50.8	59	49.2	7.52***
Trabajo	40	35.7	72	64.3	45	37.5	75	62.5	.08
Familia futura	13	11.6	99	88.4	19	15.8	101	84.2	.87
Sí mismo	93	83.0	19	17.0	88	73.3	32	26.7	3.18
Ocio	4	3.6	108	96.4	3	2.5	117	97.5	.22
Cosas materiales	1	.9	111	99.1	0	.0	120	100.0	1.07
Independencia	9	8.0	103	92.0	6	5.0	114	95.0	.88
Familia de origen	20	17.9	92	82.1	27	22.5	93	77.5	.77
Amigos	4	3.6	108	96.4	1	.8	119	99.2	2.06
Salud	5	4.5	107	95.5	5	4.2	115	95.7	.01
Situación económica	37	33.0	75	67.0	32	26.7	88	73.3	1.12
Agentes externos	16	14.3	96	85.7	14	11.7	106	88.3	.35

Nota: n = 232;  $\chi^2$  = chi cuadrado.

\*\*\* $p < .001$ .

Respecto a las diferencias de actitudes de género sexistas según el nivel de realización de las metas, no se mostraron diferencias con relación a ninguna de las categorías (véase **Tabla 58**).

**Tabla 58.** Porcentaje de ausencia y presencia de realización de metas según actitudes de género sexistas

Categorías	Grupos								$\chi^2$
	Bajos en Actitudes de Género Sexistas				Altos en Actitudes de Género Sexistas				
	Presencia	%	Ausencia	%	Presencia	%	Ausencia	%	
Estudios	96	82.1	20	17.9	98	81.7	22	18.3	.00
Sí mismo	59	52.7	53	47.3	55	45.8	65	54.2	1.08
Investigar, gestionar	30	26.8	82	73.2	26	21.7	94	78.3	.82
Actividades extraescolares y entretenimiento	39	34.8	73	65.2	31	25.8	89	74.2	2.22
Trabajar	5	4.5	107	95.5	6	5.0	114	95.0	.03
Ahorrar	11	9.8	101	90.2	13	10.8	107	89.2	.06
Autocuidado, salud	2	1.8	110	98.2	3	2.5	117	97.5	.14
Conductas adecuadas	7	6.3	105	93.8	3	2.5	117	97.5	1.97
Buscar ayuda	7	6.3	105	93.8	5	4.2	115	95.8	.51
Nada	31	27.7	81	72.3	29	24.2	91	75.8	.37

*Nota:* n = 232;  $\chi^2$  = chi cuadrado.

Respecto a las diferencias de actitudes de género sexistas según complejidad del plan, no se mostraron diferencias con relación a ninguna de las categorías (véase **Tabla 59**).

**Tabla 59.** Porcentaje de ausencia y presencia de complejidad del plan de metas según actitudes de género sexistas

Categorías	Grupos								
	Bajos en Actitudes de Género Sexistas				Altos en Actitudes de Género Sexistas				$\chi^2$
	Presencia	%	Ausencia	%	Presencia	%	Ausencia	%	
Estudios	80	71.4	32	28.6	89	74.2	31	25.8	.22
Sí mismo	74	66.1	38	33.9	69	57.5	51	42.5	1.80
Investigar, gestionar	15	13.4	97	86.6	12	10.0	108	90.0	.64
Actividades extraescolares y entretenimiento	29	25.9	83	74.1	4	20.0	96	80.0	1.14
Trabajar	38	33.9	74	66.1	39	32.5	81	67.5	.05
Ahorrar	22	19.6	90	80.4	17	14.2	103	85.8	1.24
Autocuidado, salud	2	1.8	110	98.2	3	2.5	117	97.5	.14
Conductas adecuadas	5	4.5	107	95.5	6	5.0	114	95.0	.03
Buscar ayuda	12	10.7	100	89.3	9	7.5	111	92.5	.72
Nada	4	3.6	108	96.4	7	5.8	113	94.2	.65

Nota: n = 232;  $\chi^2$  = chi cuadrado.

### 8.7.3. Resumen

Respecto a las actitudes de género trascendentes, el grupo bajo obtuvo un mayor nivel de *realización*, es decir, los adolescentes de este grupo han realizado hasta el momento un mayor número de acciones orientadas al cumplimiento de las metas relacionadas con *ahorrar*.

Con relación a las actitudes de género sexistas, el grupo alto se planteó un mayor número de metas relacionadas con *estudios a corto plazo*; asimismo, reportaron un mayor *nivel de conocimiento* sobre esta categoría de metas. Los adolescentes del grupo bajo se proyectaron más metas relacionadas con *sí mismo*.

Por tanto, actitudes sexistas se relacionan con *estudios a corto plazo* y mayor *nivel de conocimiento* sobre estas.

## 8.8. Relaciones entre salud autopercebida, resiliencia y Perspectiva Temporal Futura

Tal y como se formuló en el objetivo 4, la hipótesis H<sub>9</sub> planteaba que las relaciones entre la salud autopercebida, la resiliencia y la PTF serían las siguientes: la valoración de la salud autopercebida, se asociaría positivamente con mayores niveles de resiliencia y mayor PTF (en concreto, afectividad, densidad y claridad) y mayor control y probabilidad de realización de las metas.

Para contrastar esta hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson después de haber corregido la asimetría en la distribución de algunas escalas.

En la **Tabla 60** aparecen las relaciones entre la salud autopercebida y la resiliencia.

**Tabla 60.** Coeficientes de correlación de Pearson entre salud autopercebida y resiliencia

	Salud general		Forma física		Bienestar psicológico		Satisfacción con la vida	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Resiliencia	.32**	.00	.43**	.00	.48**	.00	.45**	.00

Nota: \*\* $p < 0.01$ .

Los resultados indicaron que la salud autopercebida se asoció positivamente con mayores niveles de resiliencia. El tamaño del efecto de estas relaciones fue medio y grande (Cohen, 1992).

En la **Tabla 61** aparecen las relaciones entre la salud autopercebida y la PTF de Thiébaud.

**Tabla 61.** Coeficientes de correlación de Pearson entre salud autopercebida y la PTF de Thiébaud (1997)

PTF	Salud general		Forma física		Bienestar psicológico		Satisfacción con la vida	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Afectividad	.24**	.00	.24**	.00	.17**	.00	.19*	.00
Densidad	.07	.27	.00	.91	.11	.07	.13*	.03
Claridad	.09	.16	.20**	.00	.27**	.00	.14*	.02
Continuidad	.07	.27	.10	.10	.06	.35	.23**	.00
Distancia	.09	.17	.13*	.04	.19**	.00	.17**	.00
Estrategias de adaptación <i>a posteriori</i> interno	.10	.11	.19**	.00	.11	.10	.15*	.02
Estrategias de adaptación <i>a posteriori</i> externo	.03	.65	.11	.10	.08	.19	.03	.59
Estrategias de adaptación <i>a priori</i> interno	.03	.61	-.07	.29	-.05	.39	.09	.15
Estrategias de adaptación <i>a priori</i> externo	.10	.13	.15*	.01	.02	.66	.07	.27

Nota: 232; \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ .

Los resultados indicaron que la salud general se asoció positivamente con una mayor afectividad. Por tanto, la hipótesis planteada no se cumplió para las dimensiones densidad y claridad.

La forma física se asoció positivamente con una mayor afectividad, claridad, estrategias de adaptación *a posteriori* interno y estrategias de adaptación *a priori* externo, aunque esta última con muy baja significación. Por tanto, la hipótesis planteada no se cumplió para la densidad.

El bienestar psicológico se asoció positivamente con una mayor afectividad, claridad, y distancia. Por tanto, la hipótesis planteada no se cumplió para densidad.

La satisfacción con la vida se asoció positivamente con una mayor afectividad, densidad, claridad, continuidad y estrategias de adaptación *a posteriori* interno.

En la **Tabla 62** aparecen las relaciones entre la salud autopercebida y las dimensiones del Cuestionario de Metas de Nurmi (1989).

**Tabla 62.** Coeficientes de correlación de Pearson entre la salud autopercebida y las dimensiones del Cuestionario de Metas de Nurmi (1989)

Metas	Salud general		Forma física		Bienestar psicológico		Satisfacción con la vida	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Número total de metas	-.07	.29	-.14*	.02	.01	.79	-.06	.34
Edad probable logro de metas	-.04	.54	-.09	.16	-.03	.59	-.04	.49
Distancia temporal	.02	.69	-.08	.18	-.04	.53	-.03	.56
Nivel de conocimiento	-.05	.41	-.14*	.03	-.00	.89	-.06	.35
Nivel de realización	-.07	.26	-.00	.90	.00	.89	.04	.55
Complejidad del plan	-.12	.07	-.08	.24	-.02	.68	-.08	.23
Control	.19**	.00	.04	.47	.17*	.01	.24**	.00
Probabilidad de realización	.26**	.00	.24**	.00	.14*	.03	.27**	.00
Afecto hacia el futuro	.16*	.01	.20**	.00	.23**	.00	.25**	.00

Nota: \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ .

Los resultados indicaron que la salud general se asoció positivamente con un mayor control, mayor probabilidad de realización y mayor afecto hacia el futuro.

La forma física se asoció positivamente con el número total de metas, con mayor nivel de conocimiento, probabilidad de realización y de afecto hacia el futuro. Por tanto, la hipótesis no se cumplió para control.

El bienestar psicológico se asoció positivamente con un mayor control, probabilidad de realización y afecto hacia el futuro.

Asimismo, la satisfacción con la vida se asoció positivamente con un mayor control, probabilidad de realización y afecto hacia el futuro.

En la **Tabla 63** se presenta un resumen de las relaciones significativas entre salud autopercebida, resiliencia, PTF de Thiébaud y dimensiones del Cuestionario de metas de Nurmi.

**Tabla 63.** Resumen de relaciones significativas entre salud autopercebida, resiliencia, PTF de Thiébaud (1997) y Cuestionario de Metas de Nurmi (1989)

	Salud general		Forma física		Bienestar psicológico		Satisfacción con la vida	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Resiliencia</b>	.32**	.00	.43**	.00	.48**	.00	.45**	.00
<b>PTF (Thiébaud)</b>								
Afectividad	.24**	.00	.24**	.00	.17**	.00	.19*	.00
Densidad	.07	.27	.00	.91	.11	.07	.13*	.03
Claridad	.09	.16	.20**	.00	.27**	.00	.14*	.02
Continuidad	.07	.27	.10	.10	.06	.35	.23**	.00
Distancia	.09	.17	.13*	.04	.19**	.00	.17**	.00
Estrategias de adaptación a posteriori interno	.10	.11	.19**	.00	.11	.10	.15*	.02
Estrategias de adaptación a priori externo	.10	.13	.15*	.01	.02	.66	.07	.27
<b>Metas (Nurmi)</b>								
Número total de metas	-.07	.29	-.14*	.02	.01	.79	-.06	.34
Nivel de conocimiento	-.05	.41	-.14*	.03	-.00	.89	-.06	.35
Control	.19**	.00	.04	.47	.17*	.01	.24**	.00
Probabilidad de realización	.26**	.00	.24**	.00	.14*	.03	.27**	.00
Afecto hacia el futuro	.16*	.01	.20**	.00	.23**	.00	.25**	.00
Número total de metas	-.07	.29	-.14*	.02	.01	.79	-.06	.34

Nota: 232; \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ .

### 8.9. Relaciones entre actitudes de género y salud autopercebida, resiliencia y PTF

Tal y como se formuló en el objetivo 4, con relación a las actitudes de género no se planteó hipótesis pero se espera que las relaciones entre las actitudes género y la salud autopercebida, la resiliencia y la PTF serían las siguientes: las *actitudes de género trascendente* se asociarán positivamente con salud autopercebida, resiliencia, PTF (en concreto afectividad, densidad y claridad) y control y probabilidad de realización de las metas; mientras que, las *actitudes de género sexistas* se asociarán negativamente con salud autopercebida, resiliencia, PTF (en concreto afectividad densidad y claridad) y control y probabilidad de realización de las metas.

Para explorar estas relaciones se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. En las siguientes tablas se muestran las relaciones entre actitudes de género trascendente, actitudes de género sexista y salud autopercebida, resiliencia y PTF.

En la **Tabla 64** aparecen las relaciones entre las actitudes de género, la salud autopercebida y la resiliencia.

**Tabla 64.** Coeficiente de correlación de Pearson entre actitudes de género y salud autopercebida y resiliencia

	Actitudes de género trascendente		Actitudes de género sexistas	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Salud general	.04	.54	.06	.30
Forma física	-.06	.36	.23**	.00
Bienestar psicológico	.06	.30	.06	.30
Satisfacción vital	.04	.47	.07	.29
Resiliencia	.07	.24	.19**	.00

Nota: \*\*  $p < 0.01$ .

Los resultados indicaron que las actitudes de género sexistas se asociaban positivamente con resiliencia y forma física.



En la **Tabla 65** aparecen las relaciones entre las actitudes de género y la PTF de Thiébaud.

**Tabla 65.** Coeficiente de correlación de Pearson entre actitudes de género y PTF de Thiébaud (1997)

PTF (Thiébaud)	Actitudes de género trascendente		Actitudes de género sexistas	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Afectividad	.01	.87	-.01	.81
Densidad	.07	.29	-.12	.06+
Claridad	-.06	.31	.11	.07
Continuidad	.02	.75	-.07	.25
Distancia	.00	.90	.01	.88
Estrategias de adaptación <i>a posteriori</i> interno	-.15*	.01	.29**	.00
Estrategias de adaptación <i>a posteriori</i> externo	-.07	.27	.00	.00
Estrategias de adaptación <i>a priori</i> interno	-.03	.56	-.07	.27
Estrategias de adaptación <i>a priori</i> externo	.00	.99	.06	.31

Nota: \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ .

Los resultados indicaron que las actitudes de género trascendentes se asociaron negativamente con estrategias de adaptación *a posteriori* interno.

Las actitudes de género sexistas, se asociaron positivamente con estrategias de adaptación *a posteriori* interno y se mostró una tendencia casi significativa con *densidad*.

En la **Tabla 66** aparecen las relaciones entre las actitudes de género y las dimensiones del Cuestionario de Nurmi.

**Tabla 66.** Coeficiente de correlación de Pearson entre las dimensiones del Cuestionario de Metas de Nurmi (1989) y actitudes de género

Metas (Nurmi)	Actitudes de género trascendente		Actitudes de género sexistas	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Número total de metas	-.00	.96	-.21**	.00
Edad probable logro de metas	-.12+	.07	.06	.36
Distancia temporal	-.16*	.01	.01	.77
Nivel de conocimiento	.03	.56	-.26**	.00
Nivel de realización	.05	.42	-.20**	.00
Complejidad del plan	.05	.43	-.23**	.00
Control	.10	.10	-.08	.19
Probabilidad de realización	.11+	.08	-.04	.51
Afecto hacia el futuro	.00	.92	.06	.30

*Nota:* \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ .

Los resultados indicaron que las actitudes de género trascendentes no se asociaron positivamente con ninguna de las dimensiones; se mostró una tendencia casi significativa con probabilidad de realización y se asoció negativamente con distancia temporal y se mostró una tendencia casi significativa con edad probable de logro de la meta.

Las actitudes sexistas tradicionales, se asociaron negativamente con número de metas, nivel de conocimiento, nivel de realización y complejidad del plan.

En la **Tabla 67** se presenta un resumen de las relaciones significativas entre actitudes de género y salud autopercebida, resiliencia, PTF de Thiébaud y dimensiones del Cuestionario de metas de Nurmi.

**Tabla 67.** Resumen de correlación de Pearson entre actitudes de género entre salud autopercebida, resiliencia, PTF de Thiébaud (1997) y dimensiones del Cuestionario de Metas de Nurmi (1989)

	Actitudes de género trascendente		Actitudes de género sexistas	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Forma física</b>	-.06	.36	.23**	.00
<b>Resiliencia</b>	.07	.24	.19**	.00
<b>PTF (Thiébaud)</b>				
Estrategias de adaptación <i>a posteriori</i> interno	-.15*	.01	.29**	.00
<b>Metas (Nurmi)</b>				
Número total de metas	-.00	.96	-.21**	.00
Distancia temporal	-.16*	.01	.01	.77
Nivel de conocimiento	.03	.56	-.26**	.00
Nivel de realización	.05	.42	-.20**	.00
Complejidad del plan	.05	.43	-.23**	.00

Nota: \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ .

Por último, dado que los análisis previos han sido de carácter bivariado, se planteó qué variables relacionadas con las metas, con la perspectiva temporal futura y el género, se relacionaban con la salud general, salud física, bienestar, satisfacción con la vida y resiliencia de modo multivariado.

Para ello se seleccionaron aquellas variables que habían tenido relaciones significativas entre ellas. Así, considerando las variables salud general, salud física, bienestar, satisfacción con la vida y resiliencia, se seleccionaron las siguientes variables:

1. Sexo: además de las variables anteriores se consideró el sexo.
2. Perspectiva temporal futura: se seleccionaron las variables afectividad, densidad y claridad.
3. Metas: se seleccionaron control y probabilidad de realización.
4. Género: se utilizaron ambas subescalas, trascendente y sexista.

Así, se testaron cinco modelos de regresión lineal múltiple en los que se consideraron como variables predictoras el sexo, la perspectiva temporal (afectividad, claridad y distancia), las metas personales (control y probabilidad de realización) y el género (transcendente y sexista). La selección de las variables predictoras se realizó en función de las correlaciones obtenidas en los análisis previos, incluyéndose sólo aquellas variables que habían tenido una relación significativa con la salud general, salud física, el bienestar y la resiliencia. El modelo incluye variables relacionadas con la perspectiva temporal, las metas y el género. Se incluyó también el sexo como variable *dummy* (0 chicas, 1 chicos).

Como variables criterio la salud general, salud física (forma física), bienestar (BIEPS), satisfacción con la vida (SWLS), y resiliencia (CD-RSIC).

El objetivo de este análisis era determinar la relevancia de las variables predictoras en relación con las cuatro variables criterio consideradas.

El primer modelo de regresión daba cuenta del 11.3 % ( $R^2 = .113$ ) de la variabilidad en salud general, siendo las variables afectividad respecto al futuro (perspectiva temporal) y probabilidad de realización de las metas las que estaban relacionadas con la salud general. Cuanta mayor afectividad y probabilidad de realización, mayor salud general.

El segundo modelo de regresión daba cuenta del 18.7 % ( $R^2 = .187$ ) de la variabilidad en *salud física* (forma física) siendo las variables afectividad, probabilidad de realización y actitudes de género sexistas las que estaban relacionadas con la salud física. Cuanta mayor afectividad respecto al futuro (perspectiva temporal), probabilidad de realización de las metas, y mayores actitudes sexistas mayor salud física (forma física).

El tercer modelo de regresión daba cuenta del 12.3 % ( $R^2 = .123$ ) de la variabilidad en *bienestar psicológico*, siendo las variables sexo y claridad las que estaban relacionadas con el bienestar psicológico. El bienestar psicológico se asociaba con ser varón y con una mayor claridad en el planteamiento de metas.

El cuarto modelo de regresión daba cuenta del 10.4% ( $R^2 = .104$ ) de la variabilidad en *satisfacción con la vida*, (SWLS) siendo las variables afectividad positiva respecto al futuro y control (metas) las relacionadas con la satisfacción vital. Una mayor afectividad con respecto al futuro y un mayor control se asociaban positivamente con la satisfacción con la vida.

Por último, el quinto modelo de regresión daba cuenta del 17.4 % ( $R^2 = .174$ ) de la variabilidad en *resiliencia* (CD-RISC), siendo las variables sexo, distancia, probabilidad de realización y género sexista las variables relacionadas con la resiliencia. Ser varón, se asociaba a una mayor distancia temporal en el planteamiento de metas, mayor probabilidad de realización y una concepción sexista del género se asociaban positivamente con resiliencia.

En la **Tabla 68** se presentan los cinco modelos de regresión lineal múltiple con *salud general*, *forma física*, *satisfacción con la vida* y *resiliencia* como variables criterio y las variables *sexo*, *afectividad*, *claridad*, *distancia*, *control*, *probabilidad de realización* y *actitudes de género trascendente* y *sexista* como variables predictoras.

**Tabla 68.** Modelo de regresión lineal múltiple con *salud general*, *forma física*, *satisfacción con la vida* y *resiliencia* como variables criterio y las variables *sexo*, *afectividad*, *claridad*, *distancia*, *control*, *probabilidad de realización* y *actitudes de género trascendente* y *sexista* como variables predictoras

	$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$
Sexo	.09	.21**	.17**	.02	.15*
Afectividad	.19*	.12*	.07	.13*	.09
Claridad	-.00	.08	.21**	.03	.06
Distancia	.02	.07	.05	.08	.19**
Control	.10	-.07	.12*	.18**	.09
Probabilidad de realización	.20**	.28***	.06	.12	.14*
Actitudes de género trascendentes	.03	-.00	.10	.03	.11
Actitudes de género sexistas	.07	.17**	.04	.09	.18**

*Nota:* n = 232; Sexo (chicos = 1, chicas = 0);  $\beta$  = Beta

\* $p < .05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < .001$ .



## *Capítulo 9. Discusión y conclusiones*

---





## 9.1. Introducción

En este apartado se compararán los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral con los obtenidos en estudios previos y se aportan algunas conclusiones. En primer lugar, se analizarán los resultados obtenidos respecto a la fiabilidad de los instrumentos de medida. En segundo lugar, se analizarán los resultados obtenidos sobre las diferencias de edad y sexo. En tercer lugar, se realizará el análisis de contenido de metas y su relación con las actitudes de género; por último, en cuarto lugar, se analizarán los resultados obtenidos sobre las relaciones entre las variables.

## 9.2. Fiabilidad

El primer objetivo era determinar que los instrumentos de medida utilizados cumplieran con los requisitos psicométricos mínimos exigibles para evaluar la salud autopercebida, (salud general, forma física, bienestar psicológico, satisfacción con la vida), la resiliencia, la perspectiva temporal futura y las actitudes de género de los adolescentes. La hipótesis planteaba:

*H<sub>1</sub>. Se espera que la fiabilidad de las escalas fuera superior a .60 (alpha de Cronbach).*

Todas las escalas obtuvieron índices de consistencia interna (método *alpha de Cronbach*) superiores a .60, lo que es considerado el mínimo exigible a escalas y cuestionarios de actitudes y personalidad (Huh, Delorme & Reid, 2006 y Nunnally, 1978). Se establecieron comparaciones entre estos resultados y estudios previos que se mencionan a continuación.

### 9.2.1. Indicadores de salud

El análisis de fiabilidad indica que la escala de *Bienestar Psicológico (BIEPS-J)*, posee una muy buena consistencia interna, superior a los obtenidos en estudios previos con adolescentes (Casullo & Castro, 2000; Gutiérrez-Muñoz, 2015; Jiménez, 2015; Maganto y González, 2002; Morales y González, 2014).

El índice de fiabilidad obtenido para la escala de *Satisfacción con la vida (SWLS)*, se encuentra dentro de los límites exigidos, pero es inferior a los obtenidos en estudios previos con población adulta y adolescente (Cárdenas et al., 2012; Castro & Góngora, 2015; Díaz, Stavradi, Blanco, y Gandarillas, 2015; Rodríguez et al., 2016; Silva, Taveira, Marques & Gouveia, 2015; Videra-García y Reigal-Garrido 2013; Vera-Villaruel, et al. 2012).

Estas discrepancias podrían deberse a aspectos culturales observando que el índice obtenido en este estudio se acerca más al de Rodríguez (2015) con población colombiana y a Góngora y Castro (2015) con población argentina. Asimismo, en Díez et al. (2015), en un estudio transcultural con dos muestras (España y Colombia), el índice de fiabilidad de la escala en población colombiana fue inferior comparado con el de la población española (véase **Tabla 10**). La correlación más baja con el total de la escala la muestra el elemento (1), «*En la mayoría de los sentidos, mi vida está cerca de mis ideales*», lo que también podría explicarse porque en este período de la vida los adolescentes pueden estar disconformes con aspectos de la vida familiar, académica o socioeconómica; porque las exigencias sociales no se corresponden con sus condiciones reales en aspectos relacionados con la forma física, la autoimagen o; porque sus ideales tienen una distancia temporal mayor, que no se corresponde con las tareas evolutivas de la edad, lo que puede afectar negativamente la experiencia del bienestar (Caspi, 1997).

### 9.2.2. Resiliencia

La escala de *Resiliencia (CD-RISC)* de adultos funciona adecuadamente en población adolescente, los niveles informados en este estudio son similares a los del estudio original con población general y clínica (Connor y Davidson, 2003). Las correlaciones de cada ítem con el total son altas. Iguales resultados se alcanzaron con adolescentes mayores americanos (Dolbier et al., 2009). En estudios realizados con adolescentes con edades similares a la población del presente estudio; adolescentes chinos (Fu et al, 2013; Yu et al., 2011 y Ying, Lin & Jiang (2014),

adolescentes españoles (Alvarado, 2013; Artuch-Garde, 2014; Rodríguez-Fernández, et al., 2015) y adolescentes venezolanos (Rivas de Mora, 2012). Índices superiores a adolescentes canadienses (Marulanda & Addington, 2014) y españoles (Artuch-Garde, 2014; Notario-Pacheco et al., 2011). De otro lado, índices inferiores con relación a los obtenidos en los estudios con población de adolescente sudafricana (Jorgensen & Seedat, 2006), adolescentes canadienses (Cleverley & Kidd, 2011), adolescentes mayores españoles (Chen Chen, 2016) y adultos mayores (Lamond et al., 2008; Crespo y Fernández-Lansac, 2015; Vinaccia & Quiceno, 2011).

### 9.2.3. Actitudes de género

La escala de *Actitudes de género (SRQ-R)*, obtuvo en sus dos subescalas; *actitudes sexistas tradicionales* y *actitudes de género trascendentes*, una fiabilidad entre alta y muy alta; los índices obtenidos en ambas subescalas son superiores a los obtenidos en los estudios originales de Baber y Tucker (2006) y López-Cepero et al. (2013) con adolescentes y adultos jóvenes. Debido que en estudios que han utilizado la versión reducida la fiabilidad de la subescala de género trascendente ha estado por debajo de lo esperado, los autores explican que se debe al reducido número de elementos que contribuyen a un menor coeficiente de fiabilidad. Sin embargo, de acuerdo a los criterios para escalas inferiores a 10 elementos, índices entre .50 y .60 serían aceptables (Nunnally, 1978; Pedhazur y Schmelkin, 1991). En este sentido, sugieren sus autores que la subescala de trascendencia de género se puede usar con más confianza de la que el índice de *alpha de Cronbach*, por sí mismo, podría sugerir.

Como se mencionó en el apartado 8.2.1., no se calculó el *alpha de Cronbach* para los instrumentos de *salud general* y *forma física autopercebidas*, por ser instrumentos de un «único ítem». La misma observación se realizó en el apartado 8.2.5., para los instrumentos de medida de la PTF que presentan un número reducido de ítems.

En resumen, los instrumentos utilizados obtuvieron una alta fiabilidad en población adolescente colombiana.

### 9.3. Diferencias de edad y sexo en salud autopercebida, resiliencia, perspectiva temporal futura y actitudes de género

Con respecto al objetivo 2., que era determinar las diferencias de edad y sexo en salud autopercebida, resiliencia, perspectiva temporal futura y actitudes de género de los adolescentes, las hipótesis que se planteaban eran las siguientes.

#### 9.3.1. Salud

*H<sub>2</sub>. Se espera que los chicos obtengan una mayor puntuación en salud general y forma física comparados con las chicas, y que los grupos de menor edad obtengan una mayor puntuación tanto en salud general como en forma física.*

Los resultados coinciden con estudios previos en los que las chicas tienen una peor percepción de *salud física*, condición física y en autoconcepto físico (Cavallo et al., 2006; Esnaola y Revuelta, 2009; Montero, 2010; Pikó y Keresztes, 2007; Ruiz-Prieto et al., 2015; Vélez et al., 2009; Videra-García y Reigal-Garrido, 2013). Con estudios con adolescentes colombianos (Quiceno y Vinaccia, 2014; Rodríguez y Arango, 2013).

En conclusión, son numerosos los estudios que hablan de diferencias en cuanto a las variables anteriormente citadas en función del sexo y cuyos resultados parecen tener su origen en las motivaciones que los géneros muestran.

Los resultados muestran que estos chicos tienen una mejor aceptación de su aspecto físico e imagen corporal y más seguridad y confianza consigo mismos en comparación con las chicas. Esta diferencia según el sexo podría indicar el papel relevante que cumplen los roles de género para cada grupo y cómo la percepción de la *forma física* depende no solo de las expectativas personales, sino en gran medida, de la demanda social. De acuerdo con esto, las mujeres adolescentes tienden a experimentar mayor preocupación por la apariencia corporal, mayor insatisfacción con la figura o el peso y dan más importancia a la identificación con el rol sexual femenino definido socialmente (Collins, 1991; Cruz y Maganto, 2002; Marcotte et al., 2002) asociado a creencias sobre lo que debe ser una mujer y esto pasa por la apariencia física. Así, esta percepción podría asociarse con los estereotipos femeninos que los hombres pueden mostrar hacia las mujeres y que, en últimas, obstaculizan las relaciones de igualdad.

Desde otra perspectiva, un mejor nivel de bienestar físico en los adolescentes hombres se explica porqué estos dedican más tiempo a actividades físicas de tipo lúdico y deportivo (Urzúa, Godoy y Oca, 2011). Por otro lado, existe una relación positiva entre la práctica de deporte y el autoconcepto físico debida a que la actividad física refuerza áreas relacionadas con la percepción de las propias habilidades y la apariencia física, conduciendo a la mejora global del autoconcepto que se posee. Así, estos chicos tienen mayor aceptación de su condición y aspecto físico, seguridad y confianza consigo mismos; lo que se relaciona con que los chicos han reportado que realizan actividades de ocio, recreación, actividades extraescolares y deportivas, mientras que en las chicas se observa menor frecuencia de este tipo de actividades.

En cuanto a la percepción de la *salud general*, los adolescentes se consideran a sí mismos como saludables y los resultados indican que no hay diferencias de sexo. Las medias son considerablemente altas, coincidiendo con resultados encontrados recientemente en un estudio con adolescentes colombianos de las mismas edades (Higuera-Gutiérrez et al., 2015).

También coincide con estudios desde el enfoque de la psicología positiva, que han cuestionado que las mujeres tengan un peor estado de salud (Matud et al., 2009) y se sugiere que, en general, los adolescentes valoran de forma positiva su salud (Latorre y Montañés, 2004).

A diferencia de estos resultados muchos otros estudios coinciden en que en la adolescencia las chicas perciben peor su salud general que los chicos (Alvarado de Rattia, 2013; Cavallo et al., 2006; Montero, 2010; Nuviala et al., 2010; y Vélez et al., 2009). Muchas de estas diferencias están justificadas desde los cambios puberales físicos y psicológicos que influyen de manera negativa en las chicas, presentando a su vez, mayores problemas psicosomáticos (Vélez et al., 2009). De igual modo, los resultados respecto a la edad discrepan de la mayoría de estudios previos que han demostrado que a mayor edad, peor salud autopercebida en ambos sexos (Alvarado de Rattia, 2013; Cavallo et al., 2006; Cebolla et al., 2014; Serra-Sutton, et al., 2004) y peor forma física (Esnalao, 2008). Estos resultados se deben probablemente a la corta diferencia entre los rangos de edad, ya que las diferencias de este tipo son más evidentes en edades más adultas.

Por otra parte, es posible que el tamaño muestral del presente estudio no sea lo suficientemente grande y haya influido en la falta de significación estadística; además, los datos proceden de un estudio transversal, tal vez el uso de un diseño longitudinal ayudarían a

profundizar y conocer mejor las diferencias en estos grupos de edad. Sin embargo, la percepción positiva de la salud en este grupo de adolescentes es coherente con los resultados de la satisfacción con la vida, como se detallará más adelante y el hecho de que las chicas tengan una percepción favorable de su salud es un aspecto novedoso y que merece ser resaltado en este estudio, teniendo en cuenta la desigualdad social del contexto investigado y la discriminación en la atención de la salud de las mujeres.

*H<sub>3</sub>. Se espera que los chicos tengan un mayor nivel de bienestar psicológico en comparación con las chicas. En cambio, no se esperan diferencias según sexo en satisfacción con la vida. Respecto a la edad no se esperan diferencias ni en bienestar psicológico, ni en satisfacción con la vida.*

Con relación a la edad, los resultados indicaron que no hay diferencias en bienestar psicológico. Estos resultados son consistentes con estudios con adolescentes realizados con el mismo instrumento utilizado en esta tesis doctoral (Alvarado de Rattia, 2013; Castro y Casullo, 2002; Montero, 2010). Estos resultados podrían explicarse, en primer lugar, por la poca diferencia de edad entre los grupos y; en segundo lugar, asumiendo la edad como factor sociodemográfico que por sí solo no explica los diferentes niveles de bienestar de las personas, sino que su efecto se encuentra mediatizado por procesos psicológicos; aspectos relacionados con la personalidad y la historia personal. En este sentido, la edad no determina directamente el bienestar (González, et al., 2002 y Diener et al., 1999). Es probable que al considerar otras variables psicosociales, la edad sea mejor predictora del bienestar psicológico.

Con relación a las diferencias según sexo, los chicos reportaron un mayor nivel de percepción del bienestar psicológico global. En consonancia con estos resultados estudios previos con adolescentes cubanos y una adaptación de la BIEPS-J (Martín, 2002), en la misma forma, mayor control tanto de situaciones como de relaciones interpersonales, niveles superiores de autoaceptación y más tendencia a valorar positivamente sus vidas en comparación con las chicas (Cyranski et al., 2000; Figueroa et al., 2005; Góngora y Castro, 2015; Ramírez-Pastor, 2015).

Es importantes señalar que aunque solo se consideró el *bienestar global*, el contraste de las medias arroja diferencias en la mayoría de las dimensiones de la escala obteniendo los chicos

mayores puntuaciones y diferencias significativas para *aceptación de sí mismo*. Resultados similares en otros estudios (Cruz et al., 2002; Martínez y Morote, 2002; Montero, 2010). Parece ser que los chicos de este estudio se sienten bien consigo mismos y, al contrario, la pertenencia al grupo femenino se asocia con una disminución sustancial y significativa del bienestar psicológico global, especialmente, respecto a poder aceptar los múltiples aspectos de sí mismo; estar desilusionado respecto de la vida pasada y querer ser diferente de cómo se es.

Desde otra óptica, Mirowsky y Ross (1996) explican que estas diferencias respecto al bienestar podrían deberse a que en las mujeres hay una mayor expresividad emocional; en este sentido, no es que las mujeres presenten un bienestar subjetivo más bajo, sino que expresan más abiertamente sus emociones que los hombres, y especialmente cuando estas son negativas. Tal como lo plantea Bonino (2001), en su Modelo Social de la Masculinidad Tradicional Hegemónica (MMTH), los hombres perciben, procesan, enfrentan y solucionan sus problemas de salud de manera diferente a las mujeres. Los roles de género asignados han llevado a los hombres a ser socializados para ser activos, proveedores económicos, a resistir el dolor, tener el control, a pensar y hacer y a no sentir. Esto podría explicar por qué los hombres reportan más altos niveles de salud y bienestar, que estarían encubriendo problemas afectivos y psicológicos que no pueden ser detectados sino a través de estudios más profundos y focalizados.

En contraposición a estos resultados, en otros estudios el efecto del sexo, resultó no significativo (Castro y Casullo, 2000; Montero, 2010).

Los resultados reflejados en *satisfacción con la vida*, muestran que no hay una relación significativa de la edad y el sexo, lo que confirma el patrón de resultados hallados en diferentes culturas y con muestras tanto de adolescentes como de adultos (Ash y Huebner, 2001; Blázquez et al., 2015; Pavot y Diener, 1993; Vera-Villarreal et al., 2012; Videra-García y Reigal-Garrido, 2013; Westaway et al., 2003; Zegers et al., 2009). Los resultados demuestran que los adolescentes de esta muestra hacen una valoración global de su propia vida, respecto a los logros y expectativas que se encuentra dentro de la media esperada. De acuerdo con la literatura disponible lo habitual en países en vías de desarrollo es encontrar este tipo de puntuaciones que muestran que las personas están globalmente satisfechas (Diener, 1996). La ausencia de significación en relación con la edad puede explicarse desde la perspectiva que indica, como ya se ha mencionado, que las variables sociodemográficas explican un porcentaje muy limitado de

la varianza del bienestar subjetivo lo que ha llevado a desplazar las investigaciones hacia otro tipo de variables psicológicas que presentan mayor poder explicativo (Muñoz, 2015).

Por otra parte, resultados discrepantes se encontraron en un estudio sobre resiliencia y satisfacción con la vida, realizado en Colombia (Romero et al., 2015).

Estudios realizados con otras medidas de satisfacción con la vida, muestran resultados opuestos, experimentando las chicas más bajos niveles de satisfacción con la vida y satisfacción con la vida relacionada con la salud y, a mayor edad, disminución de la satisfacción con la vida y la satisfacción con la vida relacionada con la salud en ambos sexos (Goldbeck et al., 2007).

En resumen, es mayor el número de estudios previos que encuentran diferencias en *bienestar psicológico* en hombres y mujeres, que los estudios que no reportan diferencias. Los resultados favorecen a los chicos con niveles mayores de bienestar psicológico y mantienen valoraciones globales de auto competencia y valoración positiva de sí mismos; mientras que, la pertenencia al grupo de chicas, se asocia con una disminución sustancial y significativa del bienestar psicológico y una percepción menos positiva del autoconcepto. Estos resultados son coherentes con la peor percepción que tienen las chicas respecto a la *forma física*, que se explicó en el anterior apartado y que se asocia a la falta de consideración de la igualdad de los sexos, consecuencia de los estereotipos y roles de género establecidos socialmente que influyen negativamente en el bienestar psicológico de las adolescentes. Sin embargo, la *satisfacción con la vida* de estos adolescentes evaluada globalmente no tiene un efecto ni en la edad ni en el sexo, lo que confirma el patrón de estudios anteriores de que las variables sociodemográficas explican un porcentaje muy limitado de la varianza del bienestar subjetivo.

Las chicas se sienten bien con su estado de salud general, y están satisfechas con su vida actual; sin embargo, no tanto respecto a su salud física, y su bienestar psicológico, lo que resulta coherente, ya que estas variables contienen elementos relacionados con la conformidad y aceptación del cuerpo y de sí mismo, la autoimagen y la percepción de los otros.



### 9.3.2. Resiliencia

*H<sub>4</sub>. Se espera que los chicos tengan un mayor nivel de resiliencia comparados con las chicas y los adolescentes de mayor edad tengan un mayor nivel de resiliencia comparados con los adolescentes de menor edad.*

Estos resultados se encuentran en la misma línea de Li (2008), donde los hombres mostraron niveles más altos de resiliencia en una muestra de adolescentes evaluada con la misma escala que en el presente estudio. Coincidiendo también con Yu et al. (2011), en un estudio que evaluó la estructura factorial y propiedades psicométricas de la versión china de la CD-RISC con población adolescente, los chicos reportaron mayores niveles de resiliencia que las chicas y el efecto de la interacción entre el sexo y la edad no fue significativo; mientras que, a diferencia de los resultados de este estudio, los adolescentes más jóvenes (menores de 15 años), reportaron mayor puntuación total. Los mismos resultados según sexo en adolescentes y universitarios (Alvarado de Rattia, 2013; López-Cortón, 2015).

Con otros instrumentos de medida de resiliencia, también los chicos se mostraron más resilientes que las chicas (Johnson, 2011). En población con adolescentes colombianos, se evaluó este constructo con otro instrumento y se hallaron los mismo resultados que en esta tesis doctoral (Quiceno y Vinaccia, 2014).

En contraposición a los resultados de esta tesis, otros estudios apuntan a mayores niveles de resiliencia en las mujeres (González-Arratia y Valdez, 2012; Kotliarenko et al., 1997; Sagone y De Caroli; 2014). Frente a estos resultados las explicaciones siguen siendo sesgadas por las dicotomía de género. Así, las mujeres obtienen una mayor puntuación en el factor protector externo en las diferentes edades, mientras que en los hombres la mayor puntuación es en el factor protector interno (Grotbert, 1995). En este sentido, las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un apoyo externo significativo o de dependencia, lo cual evidencia claramente los modelos de socialización que interiorizan hombres y mujeres.

Con relación a la resiliencia según *la edad*, se confirma esta hipótesis y en congruencia con estos resultados, se encuentran (Gooding et al., 2012) indicando que los adultos son el grupo más resiliente con respecto a la capacidad de regulación emocional y resolución de problemas, mientras que los jóvenes mostraron mayor capacidad de recuperación en relación con el apoyo

social. En otras investigaciones con población adulta, se constató una relación significativa con la edad; sin embargo, esta no predijo la resiliencia (Gillespie et al., 2010).

A la luz de los resultados, y con relación a la edad, las investigaciones explican que los factores que subyacen a la resiliencia se conservan hasta el final del ciclo vital e incluso se afirma que la resiliencia tiende a aumentar progresivamente en el transcurso de la vida (Becona, 2006; Nygren et al., 2005). A edades más avanzadas hay una mayor capacidad de regulación emocional y de resolución de problemas (Gooding et al., 2012). Así, en el transcurso del ciclo vital, las personas por lo general, han sido expuestas a diversos estados y situaciones adversas que empujan al desarrollo de capacidades, potenciación de rasgos de resiliencia o activación de factores de protección para hacer frente a dichas situaciones. En otras investigaciones se observaron resultados discrepantes que indicaron valores más altos de resiliencia total en grupos de menor edad (Alvarado de Rattia, 2013; Rivas de Mora, 2012).

También se reseñan algunos estudios que utilizaron esta misma escala y no obtuvieron diferencias en edad y sexo, destacan los resultados de Connor y Davidson (2003) en la versión original de la CD-RISC, realizados en población adulta general y clínica, donde no se encontraron diferencias por sexo y no hubo correlación entre la edad y la puntuación total de la CD-RISC. Asimismo, en otros estudios no se encontraron diferencias de sexo (Rodríguez-Fernández et al., 2015).

En investigaciones con otras medidas, no se indican diferencias de sexo ni de edad en relación con este constructo (Alonso et., al., 2016; Leary y DeRosier, 2012; Prado y Del Águila, 2003).

En resumen, se percibe cómo cada adolescente generará una respuesta independiente ante los estresores, basada en sus capacidades personales, la interpretación que haga del evento, su edad y el género (Fergus y Zimmerman, 2005). Es importante señalar, que si bien los chicos muestran ser más resilientes que las chicas, las puntuaciones globales indican un valor promedio alto ( $M=71.19$ ), lo que significa que está por encima de los valores medios, teniendo en cuenta que la puntuación en resiliencia en la escala utilizada oscila entre 0 y 100 (a mayor puntuación mayor resiliencia).

Por otra parte, las puntuaciones globales en nivel de resiliencia son similares, a las obtenidas en otros estudios, independientemente del país en el que se haya realizado el estudio, además se

observa cómo las medias de las muestras en los adolescentes son inferiores a las de los adultos como aparece en el apartado de análisis descriptivos (véase **Tabla 24**).

Frente a los resultados se pueden abordar dos posibles explicaciones: en primer lugar; se sabe que los adolescentes resilientes muestran unas características específicas que combinan ciertos aspectos individuales y sociales que les ayudan a superar los riesgos de esta etapa de transición (Wright et al., 2013). En este sentido, los chicos de esta muestra son más resilientes en tanto tienen una mayor competencia personal y tenacidad; mayor confianza en la intuición, tolerancia a los afectos negativos; mayor aceptación positiva al cambio y relaciones seguras con los demás; mayor control y espiritualidad; todos estos aspectos combinados y asociados al género, que basándose en estereotipos, predispone a los hombres hacia características que son más valoradas socialmente, marcan una diferencia que los pone en ventaja respecto a las chicas.

Si se interpretan estos resultados desde el modelo de resiliencia ecológico-transaccional de Brofenbrenner que sustenta que las interacciones con el entorno favorecen los factores de protección y fortalecen la resiliencia, las mujeres seguirían estando en desventaja en tanto es, en gran medida, el entorno social el responsable de preservar la sociedad patriarcal, con la finalidad de mantener la jerarquía tradicional, es decir, la hegemonía de los hombres en los diferentes ámbitos y perseverar las situaciones de dependencia de las mujeres respecto a ellos.

En segundo lugar; desde una perspectiva positiva, la menor puntuación en resiliencia en las chicas no significa necesariamente que no sean resilientes o no tengan capacidad de superación frente a las adversidades, debe tenerse en cuenta que bajos niveles, no implica ausencia, ya que la resiliencia puede surgir del proceso en el que interactúan los factores individuales y ambientales; factores de riesgo y de protección para amortiguar la adversidad; la premisa de que una gran mayoría de adolescentes tienen los recursos necesarios para adaptarse a los cambios internos y externos que caracterizan este período e integrar esas nuevas realidades en su esquema vital.

### **9.3.3. Perspectiva Temporal Futura**

*H<sub>5</sub>. Se espera encontrar diferencias de edad y sexo en la PTF. Las chicas mostrarán un mayor nivel de planificación y los chicos reportarán mayor afecto hacia el futuro. En ambos sexos, a mayor edad mayor planificación y afecto y menos control.*

La hipótesis se confirma parcialmente, las chicas obtuvieron un mayor nivel en la forma cómo piensan realizar sus metas en lo sucesivo. Similares resultados en Nurmi et al. (1995) que con el mismo instrumento utilizado en esta tesis doctoral, las chicas indicaron un mayor compromiso con las metas. Según Nurmi (1988) las chicas tienen una PTF más larga (extensión temporal) respecto a las metas de estudio, con lo cual puedan estar más motivadas para eventos que tendrán resultados en un futuro lejano, son más persistentes en el trabajo para el logro de meta.

Asimismo, de acuerdo con Caso-Niebla et al. (2007), las mujeres están más interesadas en el estudio, organizan de mejor forma sus actividades escolares, se apoyan con mayor frecuencia en estrategias y técnicas que favorecen su estudio, además de presentar mayor habilidad para fijar metas personales y profesionales. Los chicos presentaron, con respecto a las mujeres, mayores dificultades en el aprendizaje asociadas a problemas personales, menor interés ante exigencias escolares, menor control en sus emociones y mayor dificultad en definir metas personales. En la misma línea, con relación a la motivación académica en Martin (2004), las chicas estaban más orientadas hacia el aprendizaje, planificación, gestión de sus estudios y persistencia, mientras los chicos desarrollaron más conductas desadaptativas que disminuían su probabilidad de éxito escolar.

En estudios más recientes en el ámbito escolar, según Delgado et al. (2001), el hecho de que las chicas presenten una orientación motivacional significativamente mayor hacia metas de aprendizaje comparadas con los chicos, se explican como consecuencia de las transformaciones sociales ocurridas en las últimas décadas del siglo pasado, y se han asociado con un aumento de la motivación de logro en las chicas propiciado por la apertura hacia nuevas oportunidades de educación como la realización de carreras universitarias y formación de postgrado (Shibley y Durik, 2005).

Respecto a la *planificación* en metas de trabajo, similares resultados a los obtenidos en esta tesis doctoral, se encontraron en Kammer (1985), siendo el nivel de planificación, mayor en las

chicas, resultados que según el autor, se deben a que las chicas reproducen las expectativas asignadas al rol sexual, ya que a tempranas edades las mujeres anticipan un mayor número de alternativas laborales que les permitan, posteriormente, combinar trabajo y familia. Por el contrario, los chicos tienen menos alternativas pues no prevén interrupciones en su desarrollo de carrera. Así, las chicas aunque no obtiene un mayor número de metas de trabajo, sí tiene una mayor capacidad de planear y organizar. Coincidiendo con trabajos previos en Díaz-Morales (2006), el mayor número de acciones orientadas al logro de la meta en las mujeres, podría indicar que estas disponen de un mayor repertorio de posibilidades en su proyecto de vida.

En resumen, los resultados de esta tesis doctoral indican que las chicas de esta muestra han demostrado una mayor actividad reflexiva con base en los *conocimientos* y *compromiso* que tienen sobre las metas fijadas, y la manera en la que les resulta más conveniente proyectar sus acciones para alcanzar resultados. Demuestran la importancia de los conocimientos orientados al futuro para el desarrollo posterior; es decir, las acciones en el presente y lo que piensan a cerca de su futuro es relevante para su desarrollo actual y pueden ser influyentes en edades posteriores (Schoon y Parsons, 2002).

Resultados discrepantes se hallaron en Díaz-Morales (2006), que encontró diferencias de edad pero no respecto al sexo en ninguno de los tres factores de planificación. Asimismo, en McCabe & Barnett (2000) con población africana, no se hallaron diferencias de sexo en planificación, control o afecto. En Yowell (2000), las chicas informaron de opiniones más restringidas en casi todos los dominios de su futuro, especialmente en las metas de ocupación. Por último, en Martínez (2013), en un estudio con adolescentes colombianos, no se evidencian elementos relativos a la procesualidad requerida para lograr sus metas; es decir, no aparecen alusiones a la planificación.

Respecto a la *evaluación prospectiva*, la mayor probabilidad de realización de metas de estudio coinciden con Nurmi et al. (1995) y Díaz-Morales (2006). Coincidiendo también con los resultados citados en el anterior apartado (Caso-Niebla et al., 2007; Martin, 2004).

Estos resultados se vinculan con la teoría de la autoeficacia de Bandura, que hace referencia a la forma cómo cada persona valora la consecución de las metas que se había fijado dependiendo de los planes construidos y de la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado.

De otro lado, el hecho de que las chicas también hayan obtenido una media mayor en la dimensión «planes», se relaciona con la *probabilidad de realización*. Es decir, una mejor planificación de las metas podría también influir en la percepción de la *probabilidad de realización*, ya que si la persona tiene *claridad* frente a la meta, entendida como la capacidad de la persona para concebir de forma reflexiva los proyectos y ordenarlos en el tiempo y el futuro en sí mismo (Thiébaud, 1998), y entendida también con un carácter de realismo (González y Daura, 2012), la persona podría percibir una mayor probabilidad de realización de sus metas proyectadas a lo largo del tiempo.

Con relación al *nivel de control* coincidiendo con trabajos previos, en Díaz-Morales (2006), los grupos de menor edad indicaron un menor nivel de control respecto a los mayores; sin embargo, no hubo diferencias según sexo; a diferencia de los resultados en esta tesis doctoral, en los que las chicas de menor edad en contraste con los chicos de mayor edad obtuvieron un mayor nivel de control sobre la meta. Haciendo referencia nuevamente a la teoría de la autoeficacia de Bandura (1986), la motivación y la acción humanas están reguladas en gran medida por las creencias de control y, según Brandtstädter y Renner (1990) el menor grado de control interno con la edad es una de las estrategias que permite a las personas mayores mantener su bienestar psicológico; se podría explicar que, en las chicas de este estudio, con los años ha ido disminuyendo su capacidad de control sobre la realización de sus metas. Otra posible explicación es que teniendo en cuenta que las condiciones de la mujer en los ámbitos laboral, familiar y de formación académica, las mujeres están en desventaja y sus decisiones podrían depender más de los otros y de las circunstancias que de ellas mismas.

Respecto a la *afectividad hacia el futuro*, en la evaluación con el instrumento de Thiébaud, los chicos obtuvieron una actitud más optimista que las chicas; lo que significa que para ellos el futuro representa un espacio de realización personal en el que predomina la confianza en los logros. Frente a este efecto, explica Nurmi (1989) que los hombres se muestran más optimistas conforme crecen, probablemente porque asumen un mayor control de sus vidas, mientras que las mujeres se vuelven más pesimistas, probablemente debido a una mayor incidencia de depresión en estas y por el conflicto que implica para ellas conciliar logros personales y logros familiares. Resultados similares respecto al afecto frente al futuro han sido obtenidos en trabajos previos (Montero, 2010). Sin embargo, la evaluación con el cuestionario de Nurmi, no indicó diferencias

en esta dimensión en ninguno de los grupos. Igualess resultados fueron obtenidos en Díaz-Morales (2001) y Martínez (2004).

Por último, aunque sin representar una diferencia significativa frente las chicas, los chicos obtuvieron una puntuación ligeramente mayor en la *continuidad* de las metas, es decir, que son ellos quienes muestran una mayor correspondencia entre lo que han realizado hasta el momento y lo que se plantean a futuro; lo que también podría garantizar el cumplimiento de la meta, en tanto representa coherencia y claridad.

#### 9.3.4. Actitudes de género

*H<sub>6</sub>. Los chicos tendrán mayores puntuaciones en actitudes sexistas tradicionales, mientras que las chicas tendrán una mayor puntuación en actitudes de género trascendentes y; a mayor edad, más actitudes de género trascendente.*

La hipótesis se confirma, coincidiendo con los resultados de Baber y Tucker (2006), utilizando la versión original del *Social Roles Questionnaire* (SRQ-R); concidiendo con que los chicos manifestaron una *actitud de género sexista tradicional* mayor en relación con las mujeres; con este mismo instrumento similares resultados (López-Cepero et al., 2013); con un instrumento que contiene algunos elementos del SQR-R, y que evalúa tanto las actitudes sexistas, como las trascendentes, similares efectos. Los resultados se explican considerando que los ítems correspondientes a esta subescala, contienen diferencias de poder a favor de los hombres.

En general, los estudios previos muestran en los chicos una tendencia hacia actitudes sexistas tradicionales en diferentes culturas, lo que se confirma en Su-hao & Liao (2005) con población japonesa, taiwanesa y china.

Comparando con estudios en los que se han utilizado otros instrumentos de medida, se ha hallado similares resultados; más actitudes de sexismo benevolente y hostil en chicos de diferentes culturas (García et al., 2010; Lameiras-Fernández y Rodríguez-Castro, 2002; Pozo et al., 2010; Yalaw, 1997).

Los resultados de investigaciones llevadas a cabo por Lueptow et al. (2001) informan que, a pesar de las actuales percepciones de los roles de género son más abiertas, estudios recientes han

encontrado que la igualdad completa en la percepción no se ha alcanzado y que los jóvenes todavía ven a las mujeres y a los hombres en formas estereotipadas.

Como era de esperarse, estos resultados evidencian que las actitudes sexistas están presentes en la sociedad actual y entre los adolescentes, en tanto que los atributos que se vinculan a la masculinidad y la feminidad están firmemente arraigados y son sostenidos por un elevado porcentaje de la población, lo que dificulta la transformación social hacia la igualdad (Ramírez y López, 2013). Respecto a este tipo de resultados, explican González y Cabrera (2013) que la adolescencia es un periodo de transición y cambio, durante el cual las creencias que se tienen en relación al sexo son más débiles que las sostenidas por los adultos, debido a que los jóvenes se encuentran inmersos en una etapa de cuestionamiento de todo lo que les rodea ante la que se plantean diferentes rutas y planteamientos. Asimismo, fruto del aprendizaje social (Bandura, 1977), reproducen los estereotipos sociales y con base en ellos estructuran su ideología de género y son los chicos quienes asumen en mayor medida los estereotipos, interiorizándolos como parte de su identidad, destacando la influencia cultural sobre el comportamiento. Al respecto, según Pallarés (2012), los hallazgos que indican que entre los jóvenes aún en el presente se den actitudes sexistas son el correlato necesario de las actitudes culturales que les han sido comunicadas y los talentos discriminatorios que se mantienen no son más que el resultado del sexismo que se afirma sobre la sociedad.

Sin embargo, resultados divergentes en Ebrie (2015) con el mismo instrumento utilizado en esta tesis doctoral, no se mostraron diferencias significativas según el sexo.

Por otra parte, se confirma que las chicas tienen más *actitudes trascendentes de género* comparadas con los chicos. Estos resultados también coinciden con estudios originales de Baber y Tucker (2006), con una mayor aprobación de creencias trascendentes o igualitarias de las chicas comparadas con los hombres. Asimismo, en López-Cepero et al. (2013), las mujeres obtuvieron una media de aceptación significativamente superior en la subescala de *transcendencia de género* cuyos ítems se refieren a relaciones más igualitarias. Resultados similares en estudios previos (De Sola y Martínez, 2003; Glick et al., 2000; Glick et al., 2001).

Esta diferencia puede dar una luz de optimismo y llevar a pensar que, paulatinamente, se está dando un cambio respecto a las inequidad de género. Según estos autores, estos resultados apuntan a que en el presente se advierte la existencia de un clima social favorable hacia la



ruptura de los estereotipos, siendo la sociedad muy sensible respecto a la cuestión de la igualdad. En acuerdo con Vaamonde (2010) es comprensible el mayor rechazo de las mujeres hacia las actitudes de sexismo hostil, ya que son estas quienes sufren las consecuencias de dichos comportamientos.

Respecto a la *edad*, también se confirma la hipótesis. Los adolescentes de mayor edad, muestran más *actitudes de género trascendentes* comparados con los de menor edad. En Ebrie (2015), los adolescentes y las personas mayores, reportaron actitudes de género trascendentes, comparados con los niños, quienes mostraron una percepción de género tradicional y estereotipada, lo que demuestra que a mayor edad, aumenta la percepción igualitaria. Estos resultados se podrían explicar desde la teoría cognitiva de Kohlberg (1966) que plantea que los adolescentes tienen mayor capacidad de razonar y considerar múltiples perspectivas gracias a que ya han adquirido las operaciones formales y la cognición se vuelve más flexible. Katz y Ksansnak (1994) demostraron que esta flexibilidad es más alta en adolescentes mayores. Más adelante, Katz (1994) explica que los adolescentes se rebelan contra las convenciones sociales, con lo cual, este desarrollo hacia actitudes de género trascendentes se convertirían en un medio para el logro de independencia y predice que los adolescentes serían más flexibles y menos propensos a adherirse a estereotipos de género. Asimismo, en Lynott & McCandless (citado en Zhang, 2006) la flexibilidad en la percepción de los roles de género, aumenta con la edad. Por el contrario, este último autor encontró que los estudiantes chinos más jóvenes eran más igualitarios con respecto a los mayores. Su-hao & Liao (2005), obtuvieron similares resultados con población japonesa, taiwanesa y china. En estos estudios, el sexo fue significativo, mostrando una percepción del rol de género más sexista en los chicos y aumentó con la edad. Podría pensarse que, en culturas orientales, a mayor edad, la percepción del rol de género se vuelve más tradicional; mientras que, en las culturas occidentales, se vuelve más igualitaria.

Probablemente, el mantenimiento de las actitudes sexistas y la dificultad de las chicos adolescentes para interiorizar nuevas formas de percibir la realidad relacionada con el género, se deba a que cuando la actitud de los padres es tradicional, enseñan a sus hijos qué roles son apropiados para chicos y chicas y se orienta hacia más estándares de conducta (Tesfaye, 1997), situación que puede estar aun muy arraigada en un país como Colombia, donde aun prevalece la desigualdad en las representaciones de género, ya que tiene sus raíces en procesos culturales que

cambian lentamente o bien, se resisten a formas más equitativas de relaciones. Los chicos parecen estar reproduciendo actitudes sexistas observadas y vivenciadas en sus entornos familiares que, en muchos casos, generan violencia intrafamiliar y de género, actitudes que también son reforzadas en los entornos social y educativo. La condición de la mujer en Colombia, evidencia situaciones de maltrato y violencia constante, frente a lo que ellas parecen estar inmovilizadas por el dominio de diferentes dispositivos de poder, y por la naturalización o normalización de dichas problemáticas. Podría pensarse también que, teniendo en cuenta el entorno en el que vive un alto porcentaje de estos adolescentes, con un nivel socioeconómico bajo, una estructura familiar generalmente tradicional y la ocupación de las madres que, en muchos casos son amas de casa que probablemente no han tenido acceso a la formación; pueden influir de manera determinante en la asunción de actitudes sexistas.

Sin embargo, las chicas pueden estar concienciándose de situaciones, roles y estereotipos que las ponen en desventaja respecto a los hombres, y tímidamente estar asumiendo otras posturas frente relaciones más equitativas.

En resumen, los adolescentes colombianos participantes en la presente tesis doctoral informan de actitudes relacionadas con el proteccionismo, en concepciones como que a las chicas se debería cuidar y vigilar más que a los chicos; con roles de género muy marcados como que solo algunos tipos de trabajo son apropiados tanto para hombres como para mujeres o; con estereotipos sexuales como que los hombres son más sexuales que las mujeres; mientras que las chicas tienen una percepción más igualitaria y menos asimétrica de los roles de género al considerar que las tareas domésticas no deberían asignarse por sexo, o que deberíamos dejar de pensar si las personas son hombre o mujer y centrarnos en otras características. Respecto a la edad, puede ser un buen indicio que en cuanto los adolescentes van avanzando en su desarrollo, puedan alcanzar mayores niveles de tolerancia y discernimiento que les permitan construir relaciones más igualitarias.

#### 9.4. Análisis de contenido de metas

*H7. Se espera que los adolescentes describan metas relacionadas con las tareas de desarrollo. Los chicos se proyectarán un mayor número de metas relacionadas con trabajo y cosas materiales mientras que las chicas se proyectarán un mayor número de metas relacionadas con estudios, familia futura y sí mismo.*

Los resultados de esta tesis doctoral reflejan claramente las *tareas normativas de desarrollo* actuales y propias de este momento evolutivo y corroboran investigaciones previas; lo que indica que las tareas vitales que se plantean realizar los adolescentes de este estudio en un futuro se orientan a estudios, trabajo, familia, sí mismo, ocio y cosas materiales (Bandura, 2006; Chang et al., 2006; Díaz-Morales, 2001; Massey et al., 2008; Massey et al., 2009; Nurmi, 1989, 2001; Salmela-Aro, 2010; Sánchez-Sandoval y Verdugo, 2016; Sánchez-López y Díaz-Morales, 2002). Resultados que se explican a partir del «prototipo cultural» de Nurmi (2001), por lo que los adolescentes esperan alcanzar sus objetivos educativos en primer lugar, seguido de objetivos profesionales (ocupación/trabajo), familiares y, bienes materiales. De otro lado, según con Nurmi (1989) las metas reflejan las *tareas de desarrollo* propias de cada momento evolutivo. En este sentido, la adolescencia como proceso contiene unas expectativas, demandas normativas y desafíos a las que debe responder y para poder dominar la transición y responder adecuadamente debe igualar sus proyectos personales con estas demandas (Salmela-Aro, 2001; Marina, Rodríguez de Castro y Lorente, 2015). Las metas de los adolescentes colombianos no difieren de las de adolescentes de otras culturas.

##### *I. Estudios a corto y largo plazo*

Coincidiendo con estudios recientes, Zhang et al. (2014), con adolescentes chinos, la mayoría de los adolescentes mencionó metas relacionadas con la educación (estudios superiores, mayor nivel educativo) y la ocupación (trabajo, empleo, profesión). Respecto al sexo, al igual que en esta tesis doctoral, las chicas reportaron más metas relacionadas con *estudios a largo plazo* que los hombres. De acuerdo con los autores, los resultados están en línea con las normas de género tradicionales en la cultura china contemporánea, en la que los hombres todavía ocupan posiciones dominantes en muchos campos, y una marcada desigualdad de empleo basada en el

género (Ding et al., 2009). Asimismo, en Colombia la brecha salarial entre hombres y mujeres sigue siendo alta y la inserción de las mujeres en el mercado laboral continúa siendo baja, pese a que la mujer ha demostrado altas capacidades para ocupar puestos de trabajo. En un informe reciente de la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL), las mujeres tienen un promedio de (1.1) años más de educación que los hombres y una media mayor han terminado estudios superiores comparadas con estos. Es así como frente a las mujeres sin algún nivel de estudios respecto de aquellas con estudios superiores hay una variación sustancial en la participación en el trabajo remunerado. Esto indica que cuanto más educada sea una mujer, más se abren sus perspectivas en el mundo laboral; sin embargo, desempeñan menos roles de dirección, reciben menor remuneración y trabajan más horas (CEPAL, 2013).

En otros estudios, son también las chicas quienes persiguen con más énfasis los objetivos educativos a diferencia de los varones que se centran más en metas vinculadas al éxito social y laboral (Chang et al., 2006; Massey et al., 2008; Nurmi et al., 1995; Sanz De Acedo et al., 2003). Resultados que reflejan un cambio en las expectativas y valores relacionados con la realidad del rol de la mujer en la sociedad y su participación en el mercado laboral.

Estas derivaciones en las que las chicas tratan de desarrollar sus capacidades y destacar en rendimiento académico, se orientan hacia metas de tarea (Castillo et al., 2002) y son consecuencia de las transformaciones sociales ocurridas en las últimas décadas del siglo pasado, asociadas con un aumento de la motivación de logro en las chicas propiciado por la apertura hacia nuevas oportunidades de educación como la realización de carreras universitarias y formación de postgrado.

Las chicas de este estudio perciben así la formación profesional como el camino más viable para la inserción en el mundo laboral, por tanto, sus metas están orientadas, en mayor medida, a la formación universitaria. Por un lado, tienen que hacer un mayor esfuerzo que los hombres por demostrar su valía, sus capacidades intelectuales y de desempeño laboral y, por otro; se evidencia en estas adolescentes un interés por la búsqueda de conocimientos y retos intelectuales, que se podría interpretar como el deseo de conseguir independencia personal a través del esfuerzo y la superación.

Respecto a las metas de *estudios a corto plazo* son los chicos quienes eligieron un mayor número de metas relacionadas con esta categoría. Resultados también similares en Zhang et al.

(2014). Este efecto indica una PTF más corta respecto a las chicas y una orientación a un futuro más inmediato. Los chicos están más motivados a la obtención de buenos resultados académicos actuales, finalización de los estudios obligatorios, realización de estudios de grado medio, cursos de educación no formal, o de formación para el trabajo y el desarrollo humano; que pueden ser facilitadores en la obtención de un trabajo y acelerar el inicio de la vida laboral. Según Corica (2012), los cambios estructurales en el mercado laboral influyen en el sistema educativo y en la orientación futura de los adolescentes y, actualmente, estar inserto en el sistema educativo ya no representa «movilidad social ascendente». En estas circunstancias, la valoración de la educación se desvirtúa ante las pocas posibilidades de empleo; los adolescentes son conscientes de la realidad, y perciben con cierto pesimismo su incorporación al trabajo y su anhelada emancipación familiar, económica y social (Sanz De Acedo et al., 2003). En consecuencia, las discrepancias en las metas según el sexo, en estos adolescentes, se pueden atribuir a factores contextuales dentro de los que se persiguen las metas, como ajustes en la socialización y la cultura tal como lo han señalado Massey et al. (2008) y Nurmi (2001), es decir, de acuerdo a las expectativas propias y condiciones o situaciones objetivas que condicionan el cumplimiento de metas, es decir, la motivación de cada persona y el contexto (familia, nivel socioeconómico, relaciones sociales, valores y exigencias socioculturales, etc.) (Bourdieu, 2006).

Es posible que las precarias condiciones económicas de estos adolescentes, les lleve a pensar en terminar pronto sus estudios obligatorios, y continuar con estudios a corto plazo que les permita estar mínimamente cualificados para emprender la vida laboral porque son ellos quienes están más interesados en metas de trabajo, posiblemente con el fin de cubrir necesidades básicas o ayudar a su familia de origen como se ha descrito en el análisis cualitativo.

Pese a las diferencias según sexo, en relación con las metas a corto y a largo plazo, la educación se evidencia como punto de anclaje de los adolescentes con el futuro proyectado, y se muestra como el más importante agenciamiento para su autodesarrollo. En esta misma línea los adolescentes demuestran que su futuro depende sí mismo, de su compromiso

## *II. Sí mismo*

Los resultados de las metas relacionadas con *sí mismo*, coinciden con los trabajos de Díaz-Morales (2006) y Martínez (2004), que señalan que las chicas están más orientadas a metas relacionadas con el desarrollo personal. Similares resultados en estudios más recientes, respecto a las metas relacionadas con crecimiento personal o gestión de la vida (Martinnen y Salmela-Aro, 2012); cuidado de otros, ser bueno, relaciones interpersonales (Tejerina, et al., 2010); mayor tendencia hacia la autonomía y el contacto personal que los chicos debido a estereotipos sociales (Carcelén et al., 2008; Chang et al., 2006; Díaz-Morales y Martínez, 2004; Kasser et al., 1995; Nurmi, 1991, 1998; Ryan y Deci, 2000; Salmela-Aro et al., 2007; Sanz De Acedo et al., 2003). Otros hallazgos también informaron en las chicas una mayor adaptación social y emocional y conducta prosocial, comparadas con los hombres (Inglés et al., 2009; Castro et al., 2013).

Este tipo de meta, estaría vinculada a una de las tareas centrales de esta etapa, que se refiere a la consolidación de la identidad, donde la definición de sí mismo y la necesidad de independencia y autonomía representan un papel central (Erikson, 1972; Chang et al., 2006). Sin embargo, en las chicas esta tendencia a interesarse más por el sí mismo y el desarrollo personal, podría estar relacionada con atributos de la personalidad vinculados a la *expresividad*, características que involucran la manifestación de afecto, la preocupación por otros, la necesidad de ser uno con los demás, fomentar las relaciones familiares con interés por comunicarse y ser solidario, lo que refleja, de cierta manera, un sentido de abnegación.

Esto lo explica Barberá (1996), cuando concluye que las mujeres están tan motivadas al logro como los hombres, siempre que las metas de logro se den en un contexto afectivo y privado que haga compatibles dichas metas con la utilidad para las vidas de los demás y; más adelante, esta misma autora, encuentra que las mujeres tienen una motivación mayor hacia la afiliación (referida a la creación y mantenimiento de vínculos) que hacia el logro (referido a la consecución de metas extrínsecas en el contexto de lo público) (Barberá, 1998).

En este estudio, la elevación de las metas de *sí mismo*, corroboran que para las mujeres siguen siendo muy valoradas las relaciones interpersonales, la afiliación y los vínculos afectivos, lo que además puede estar vinculado también un énfasis particular en las chicas de familias

tradicionales; interpretación que se ajusta a los resultados en esta tesis doctoral, considerando los estereotipos sociales y valores sociales muy tradicionales aún de la cultura colombiana.

Resultados opuestos y novedosos en Gámez y Marrero (2003), que señalan respecto a los estudios superiores en los hombres una relación afiliativa y preocupación por problemas afectivos. Explican que para los hombres, las afiliaciones siempre pueden ayudar a conseguir alguna mejora personal.

### *III. Trabajo*

Los resultados relacionados con metas de *trabajo* coinciden también con trabajos previos en los que los chicos de diferentes culturas se interesaron más por las metas de trabajo comparados con las chicas (Díaz-Morales, 2001; Martínez, 2004; Yowell, 2000; Zhang et al., 2014).

Estos resultados se podrían relacionar con el tema ya mencionado de los roles de género, donde los procesos de socialización acentúan la *instrumentalidad* en los hombres para el cumplimiento del rol de producir y proveer como características ligadas a la competitividad, responsabilidad y orientación al logro. Así, se evidencia al igual que en muchas investigaciones en diferentes culturas y con población de diferentes edades, cómo los hombres han interiorizado de manera sistemática estos mandatos sociales a lo largo de la historia, que les brinda seguridad y les da un lugar en la familia y en la sociedad en general. Además, se suma la actual situación social ya mencionada en el apartado sobre metas de estudio, que alude a la necesidad de iniciar rápidamente la vida laboral y, si fuera posible, retomar posteriormente la formación profesional; porque tendrán que priorizar las necesidades económicas. También es de destacar que si bien son los chicos quienes más metas de trabajo eligen, son las chicas quienes se proponen más acciones a futuro con relación a estas metas. Es decir, los chicos dan prioridad a metas de trabajo, pero no piensan mucho en cómo van a lograrlas. Lo que confirma que estos han introyectado de manera bastante determinante que es un imperativo social a cumplir.

Resultados diferentes se obtuvieron en Chang et al. (2006) donde no hubo diferencias significativas de acuerdo al sexo en ninguna de las variables estudiadas, incluida la meta de ocupación. Lo que confirma los supuestos de otros autores que sugieren que las diferencias de género en las metas de trabajo han desaparecido en los últimos tiempos (Lanz & Rosnati, 2002).

En este sentido, cabe recordar que los hallazgos relativos a las diferencias de metas relacionadas con el género no siempre son consistentes (McCabe & Barnett, 2000; Newberry & Duncan, 2001).

#### *IV. Familia futura*

Contrariamente a la hipótesis planteada y a las conclusiones de estudios previos respecto a un mayor número de metas de *familia futura* en las chicas (Malmberg & Trempala, 1997; Nurmi, 1991; Salmela-Aro & Nurmi, 1997; Seginer, 2009; Suárez-Orozco, 1995; Bankston y Zhou, 2002), en esta tesis doctoral no se mostraron diferencias significativas según sexo. Este se puede considerar un hallazgo novedoso, que aunque se mostró una tendencia de las chicas con un número mayor de metas relacionadas con esta categoría, no hubo diferencias significativas. Resultados similares en Chang et al. (2006), donde contrariamente a estudios previos que tradicionalmente suponen que las chicas de culturas como las latinas y asiáticas, tienen mayor interés por este tipo de metas, fueron los chicos quienes nombraron un mayor número de metas relacionadas con familia futura.

Para las adolescentes de esta muestra, parece no tener mayor relevancia en sus planes futuros, el hecho de construir nuevos núcleos familiares, si bien no desprecian esta meta como proyección a futuro, no es una de las prioridades, lo que refleja una diferencia respecto a los objetivos de vida tradicional impuestos socialmente y pueden dar cuenta de transformaciones en la estructura social que se reflejan en las expectativas asignadas al rol sexual, donde las mujeres cada vez se preocupan más por otro tipo de meta como se confirmó en la hipótesis de estudios, anteriormente descrita. Es este un aspecto positivo que merece la pena resaltar ya que en una sociedad tan permeada por los estereotipos y los roles de género, como lo es cultura colombiana.

#### *V. Cosas materiales*

El contenido de las metas de *cosas materiales* no refleja diferencias significativas según el sexo; por lo tanto, se rechaza la hipótesis. Estos resultados son similares a los hallazgos anteriores que, además de reportar un número bajo en este tipo de meta, no se mostraron diferencias según sexo (Chang et al., 2006). En Massy et al. (2009), los chicos reportan un mayor número de metas materiales; sin embargo, las diferencias no fueron significativas.



Contrariamente a las expectativas en esta tesis doctoral, en estudios previos los chicos estuvieron más orientados a las metas de posesiones y cosas materiales (Díaz-Morales, 2001; Díaz et al., 2004; Kasser et al., 1993; Nurmi 1991, 1998; Ryan y Deci, 2000).

A pesar de que, en su mayoría, los adolescentes de esta muestra pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y pueden tener importantes carencias materiales, el poco interés por este tipo de meta podría deberse a que otorgan una mayor prioridad a metas intrínsecas. Por otra parte, estos adolescentes podrían tener claridad frente a que para la adquisición de cosas materiales se requieren unos pasos o procesos anteriores como las metas de estudio, trabajo y sí mismo, no obstante no son claros en la planificación, tal como se describe en el apartado 8.6.5.7. En este sentido, si la obtención de bienes materiales son el producto de acciones relacionadas con metas de trabajo, por ahora podrían no conferir mayor valor a estas porque se presentarán con más frecuencia a inicios de la adultez de acuerdo con las tareas del desarrollo que corresponden. Lo que coincide con la secuencia de logro de metas de Nurmi (2001), en la que las metas económicas son las últimas en conseguirse.

*H<sub>8</sub>. Se espera encontrar diferencias en el contenido de las metas según las actitudes de género de los adolescentes. Las actitudes trascendentes de género se asociarán con metas del tipo familia, sí mismo, estudios, mientras que las actitudes sexistas se asociarán con metas del tipo trabajo, diversión, cosas materiales*

Los resultados coinciden con estudios previos que atribuyen las diferencias entre hombres y mujeres en metas, motivación de logro, expectativas o estrategias para el logro de metas, a los estereotipos y roles de género asignados socialmente (Barberá 1996; Lindors et al., 2012; Seginer, 2009; Shibley & Durik, 2005; Tejerina et al., 2014). Asimismo, son congruentes con investigaciones con adolescentes que, además, han incluido la perspectiva de género utilizando instrumentos de medida para comprobar la existencia de diferencias en planificación y exploración de carrera o motivación de logro en escritura y expectativas en rendimiento académico (Patton, Bartrum & Creed, 2004; Pajares y Valiante, 2001).

Se puede observar en los chicos que algunas de sus metas más valoradas se relacionan con *actitudes de género sexistas (AGS)*, mientras que las metas elegidas con más frecuencia por las

chicas, se asocian con *actitudes de género trascendente (AGT)*.

Con relación a la metas de *estudios a corto plazo*, los adolescentes de los grupos “altos en AGS” y “bajos en AGT”, reportaron un mayor número de metas. Asimismo, los adolescentes del grupo “altos en AGS”, informaron un mayor *conocimiento* o claridad sobre los factores que pueden influir en la realización de sus metas. Estos resultados son coherentes con los obtenidos en el análisis según el sexo, que mostraron a los chicos como los más interesados en metas de *estudios a corto plazo* y fueron ellos, también, quienes mostraron más AGS comparados con las chicas.

Respecto a las metas relacionadas con *trabajo*, se observó una tendencia de los adolescentes del grupo Bajos en AGT a elegir metas de esta categoría; asimismo, fueron los adolescentes del grupo Altos en AGS quienes informaron un mayor porcentaje de metas relacionadas con el *trabajo*. Estos resultados también coinciden con que los chicos fueron los más interesados en metas de *trabajo* y tiene más *actitudes sexistas* comparados con las chicas. Estas metas se relacionan con las características ya mencionadas de la *instrumentalidad* atribuidas a la masculinidad (Barberá, 1998; Fernández, 2007). Sin embargo, los adolescentes en el grupo Altos en AGT se proponen un mayor número de acciones a realizar en lo sucesivo para el logro de estas metas, es decir, tienen una planificación más estructurada. Lo que muestra una relación con las chicas, quienes tienen un mayor *nivel de planificación*, como se pudo comprobar en los resultados sobre diferencias en *complejidad del plan* según sexo (véase, **Tabla 51**). Siendo esta una meta relacionada con características de masculinidad, según estos resultados, podría afirmarse que esta condición está cambiando y coincide con que cada vez más mujeres se plantean metas relacionadas con la vinculación al mundo laboral y procuran realizar más acciones que las conduzcan a su logro, no eligen tantas metas de este tipo como los chicos, pero piensan de manera más consciente en el camino a seguir y la preparación para lograrlas.

Por otra parte, las metas relacionadas con *sí mismo*, se muestran significativas, favoreciendo al grupo de adolescentes Bajos en AGS, igualmente, este grupo informa un mayor *conocimiento* en dichas metas; resultados congruentes con los obtenidos en los análisis según diferencias de sexo, en los que las chicas fueron las más interesadas en este tipo de meta y son también ellas quienes han manifestado haber realizado más acciones en la orientación de estas metas hasta el momento. Estos resultados confirman los estereotipos que asocian características femeninas a

este tipo de metas; pues las mujeres tienen mayor motivación hacia las relaciones interpersonales, la afiliación y la creación mantenimiento de los vínculos afectivos (Barberá, 1998).

En resumen, las *actitudes sexistas* se relacionan con metas elegidas con mayor frecuencia por los chicos como *estudios a corto plazo* y *trabajo*, mientras que las actitudes trascendentes se relacionan con metas elegidas por las chicas como las de *sí mismo*. Se comprueba que las metas de los adolescentes siguen guardando una relación directa con los estereotipos y roles sociales que hombres y mujeres han asumido; el cambio en las creencias propias del género en estos adolescentes son mínimos; apenas se muestra un indicio con relación a la mejor planificación de metas de trabajo en la chicas. Con este panorama se concluye que la construcción de relaciones más igualitarias entre hombres y mujeres continúan en proceso. De otra parte, como aspecto a rescatar, es buen indicador que en otras metas no se encuentre relación según las actitudes de género.

### **9.5. Relaciones entre salud autopercebida, resiliencia y PTF**

*H<sub>9</sub>. Se espera que la salud autopercebida se asociará positivamente con mayores niveles de resiliencia, mayor PTF (en concreto afectividad, densidad y claridad) y mayor control y probabilidad de realización de las metas.*

#### *I. Salud autopercebida y resiliencia*

Los resultados coinciden con otras investigaciones que relacionan variables psicológicas positivas entre sí y con la salud (Lent et al., 2005; Sun y Shek, 2010, 2012; Vázquez, 2013). Los efectos de la relación de estas variables se enmarcan en el contexto de la psicología positiva, en el que la resiliencia es reconocida como un constructo que promueve la salud mental (Manciaux et al., 2001) y como un aporte a la promoción y al mantenimiento de la salud mental y la calidad de vida (Grotberg, 2003; Melillo et al., 2004) y coinciden con los obtenidos en investigaciones previas realizadas con el mismo instrumento utilizado en esta tesis doctoral para evaluar este constructo, que mostraron una correlación positiva entre resiliencia y otras variables relacionadas con la salud tales como el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, la autoestima, la

capacidad de adaptación, el apoyo social y los afectos positivos (Karairmak, 2010; Alvarado de Rattia, 2013). Estos resultados pueden explicarse desde los supuestos de Connor y Davidson (2003) que afirman que a través de la escala de resiliencia *CD-RISC*, se obtienen valores que pueden compararse entre distintas personas y se relacionan con la salud global y mental de la persona, ya que quienes padecen trastornos mentales se caracterizan por tener niveles más bajos de resiliencia que el resto de la población. A pesar de que en la presente tesis doctoral las chicas obtuvieron niveles de resiliencia más bajos y peor salud autopercebida que los chicos, en general, presentan niveles de resiliencia que inciden positivamente sobre la salud autopercebida; este efecto positivo, podría deberse, de acuerdo con Boys y Rose (2002) y Liu et al. (2013) a que los adolescentes disponen de factores de protección que les ayudan a defenderse ante las situaciones adversas en la interacción con los otros y con el medio en el día a día. En esta misma línea, desde la perspectiva de la psicología positiva se entiende que una gran mayoría de adolescentes tienen los recursos necesarios para adaptarse a las transformaciones que impone el entorno, lo que implica que aunque es indiscutible que es una etapa compleja, los adolescentes de esta muestra cuentan con las herramientas propias de las personas resilientes como la capacidad para interactuar y adaptarse a su entorno, capacidad resolutive, afrontamiento del estrés o sensación de control, que promueven un mayor bienestar, sentimientos positivos de satisfacción con sus vidas, mayor aceptación de sí mismos, entre otros afectos positivos.

Otros estudios realizados con adolescentes y utilizando otros instrumentos para medir la resiliencia, también señalaron asociaciones positivas entre los diferentes componentes del bienestar subjetivo, la resiliencia y el rol de la orientación hacia el futuro (Omar, 2006; Scales et al., 2000).

Los resultados relacionados con la *satisfacción con la vida*, mostraron una asociación positiva con la resiliencia y la PTF, lo que refleja múltiples beneficios personales, conductuales, psicológicos, sociales y a la salud física y mental (Liu et al., 2013; Lyubomirsky et al., 2005; Oberle et al., 2011); temperamento extrovertido, locus de control interno, capacidad activa de afrontamiento, autoconcepto positivo y perspectivas de futuro, o tendencia a participar en actividades significativas de contenido prosocial, se asocian positivamente en los adolescentes con altos niveles de satisfacción con la vida (Gutiérrez y Romero, 2014).

Respecto al futuro los adolescentes resilientes tienen planes concretos acerca de su futuro, lo que redundaría en una percepción más optimista de la vida (Kerpelman & Mosher, 2004). Tales evidencias permitirían presuponer que la orientación positiva hacia el futuro funcionaría como un factor protector entre jóvenes que experimenten adversidades, al tiempo que podría relacionarse sinérgicamente con el bienestar subjetivo.

Al igual que adolescentes de otras culturas, en los adolescentes colombianos, la percepción positiva de su estado de salud y de su condición de vida actual, influyen en su capacidad de adaptación y de afrontamiento a las adversidades y viceversa; lo que resulta positivo ya que pese a que algunos de estos adolescentes viven en condiciones precarias y en contextos hostiles que brindan limitadas posibilidades, se muestran optimistas y tienen la percepción de tener cierto control sobre sus vidas y su entorno, y que pueden cambiar su realidad y salir adelante con las habilidades y dedicación suficiente.

## II. *Salud autopercebida y PTF*

La salud autopercebida se asocia positivamente con la PTF. Los resultados coinciden con los resultados de otras investigaciones con población adolescente colombiana donde los estudiantes tuvieron altos niveles de orientación positiva al futuro, es decir, tenían muy claras sus metas y objetivos personales percibiendo de forma optimista su futuro (Quiceno y Vinaccia, 2014; Quiceno, Vinaccia, Zilena y González, 2014).

La *salud general*, el *bienestar psicológico* y la *satisfacción con la vida*, se asociaron positivamente con una mayor *probabilidad de realización*, mayor *claridad*, mayor *afecto*, mayor *control* y mayor *distancia*; es decir, que los adolescentes hacen una evaluación prospectiva positiva de la PTF, en tanto perciben una alta probabilidad frente al logro de sus objetivos y la realización de sus metas depende de sí mismos, lo que da cuenta de un alto nivel de control, y confianza en sus capacidades de acuerdo con la teoría de la autoeficacia de Bandura (1986). Asimismo, como resultado de esta evaluación los adolescentes reportaron una afectividad positiva en relación con las metas y acontecimientos futuros, tienen confianza en los acontecimientos que podrían producirse en su futuro; resultados que según la teoría de Weiner (1980), genera una sensación de optimismo y facilita la acción. Además, los adolescentes que

perciben mejor *forma física*, consideran una mayor *probabilidad de realización* de sus metas, tienen una mayor actitud positiva hacia el futuro y tienen más estrategias adaptativas que se acomodan al entorno, pero también consideran que el logro de sus metas, en gran medida, depende de los cambios que realice la sociedad. Sin embargo, a mejor percepción de forma física, menos número de metas y menos conocimiento, es decir, presentan menos claridad frente a los factores que pueden influir en su realización; lo que podría explicarse por la estructura de sus estrategias que dependen más del entorno que de ellos mismos.

Asimismo, a mayor *satisfacción con la vida*, mayor *número de metas*, mayor *continuidad* y estrategias de adaptación *a posteriori interno*; es decir, los adolescentes más satisfechos con sus vidas, piensan que realizarán muchas cosas en el futuro; dichas acciones serán una continuación de lo que han hecho hasta ahora, lo que implica que estos adolescentes tienen ideas bastante precisas sobre lo que quieren a futuro y prefieren adaptar sus metas a las circunstancias del entorno y actuar en función de las situaciones; lo que da cuenta de conductas bastante adaptativas y que su futuro dependerá de la manera en que decidan actuar. Así, las metas fijadas, como las experiencias durante su búsqueda y las evaluaciones de procesos de metas pueden tener un impacto en el bienestar (Massey et al., 2008, 2009).

De acuerdo con Díaz-Morales et al. (2002), la satisfacción de necesidades, deseos o la obtención de metas proporciona emociones altamente positivas y la relación entre la satisfacción en diferentes áreas vitales y la valoración sobre el grado de cumplimiento de los objetivos de vida en el presente y el futuro muestran asociaciones positivas (Castro y Sánchez-López, 2000; Díaz-Morales et al., 2002). Tanto los objetivos intrínsecos como los extrínsecos (importancia, logro actual y probabilidad de logro futuro) pueden contribuir al bienestar y se relacionan positivamente con las necesidades psicológicas básicas (Rijavec, Brdar & Miljkovic, 2011); la satisfacción con la vida se asocia positivamente con relaciones sociales y educación futura (Marttinen et al., 2012).

Estas relaciones se explican desde el modelo teórico de causación «bidireccional», de Salmela-Aro y Nurmi (1997), que señala cómo la búsqueda de las metas y el bienestar tienen una relación circular o bidireccional. Las metas personales relacionadas con tareas normativas por edad, confirman el bienestar subjetivo, lo que se revierte en el aumento del interés por este tipo de meta. Asimismo, la manera en que las personas evalúan su situación vital en términos del

bienestar subjetivo, influye en las metas que se plantea; en la medida que la satisfacción de necesidades y deseos o el logro de metas, produce emociones positivas. Dicho esto, la baja dificultad y la ausencia de ambivalencias y conflicto entre las metas, se relacionan con bienestar físico y psicológico.

En general, los resultados confirman que el desarrollo positivo se relaciona con los proyectos a futuro, el logro de las metas que la persona se plantea favorece la realización del plan de vida y, por tanto, contribuye a incrementar su sensación de bienestar o satisfacción. Podría considerarse que una perspectiva positiva y planes definidos acerca del futuro, contribuirían a aumentar la sensación de bienestar.

En resumen, los resultados mostraron que las variables que evaluaron la salud autopercebida se relacionaron positivamente con una mayor claridad en la meta, es decir, que los adolescentes de este estudio tienen cierta capacidad para concebir de forma reflexiva y con compromiso los proyectos planificados y ordenarlos en el tiempo y el futuro en sí mismo; además de ser realistas frente a la probabilidad de realización, teniendo en cuenta que dicha nitidez puede entenderse también como realismo ya que se refiere tanto a la probabilidad de realización futura de metas proyectadas en cuanto a la existencia de nexos entre las metas ubicadas a lo largo del tiempo y su carácter más real o ilusorio (González et al., 2012). Igualmente, el hecho de que la realización de sus objetivos depende más de sí mismo, que de las circunstancias, puede influir en la probabilidad del cumplimiento de las metas.

## **9.6. Relaciones entre actitudes de género y salud autopercebida, resiliencia y PTF**

*Es probable que las actitudes de género trascendentes se asocien positivamente con salud autopercebida, resiliencia, y PTF (en concreto afectividad, densidad y claridad) y mayor control y probabilidad de realización de las metas; mientras que, las actitudes de género sexistas se asociarán negativamente con salud autopercebida, resiliencia y PTF (en concreto afectividad densidad y claridad) y mayor control y probabilidad de realización de las metas.*

Como se advirtió en el apartado 7.1., la correlación entre las actitudes de género y las demás variables abordadas en el presente estudio se plantea con carácter exploratorio debido a la escasez de estudios previos que analizan este tipo de relaciones.

Respecto a las actitudes trascendentes de género y salud autopercebida, resiliencia o PTF, la literatura científica no ofrece muchos estudios con población adolescente. Sin embargo, como se describe en los siguientes párrafos, se confirman parcialmente los planteamientos del modelo *Positive Youth Development*, según el cual los adolescentes que poseen un mayor número de recursos internos y externos, tienen un desarrollo más saludable y positivo y dentro de estos recursos se incluyen la creencia en la igualdad social y la *igualdad de género*.

Los resultados mostraron que los adolescentes con *actitudes sexistas tradicionales*, reportaron un menor *número de metas*, menor *nivel de conocimiento*, de *realización*, y de *complejidad del plan*; es decir, estos adolescentes podrían no tener la suficiente claridad frente a los factores que inciden en el cumplimiento de sus metas, habrían llevado a cabo menos acciones y, como consecuencia sus planes serían poco estructurados. Es importante señalar que, aunque no fueron significativas, también fueron negativas las correlaciones con las dimensiones (afecto, continuidad y estrategias de adaptación *a priori* interno). De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que las actitudes sexistas afectan negativamente el pensar en el futuro y en la planificación de metas. Contrariamente a lo que se esperaba, las actitudes sexistas tuvieron una relación aunque no fue significativa, con una mayor probabilidad de realización de la meta.

Además, cuanto más sexismo, más estrategias de adaptación *a posteriori* (sean internas o externas), es decir, que el logro de sus objetivos depende, en mayor medida, del entorno y de las circunstancias; o que adaptarían sus objetivos a las circunstancias del entorno lo que también es esperable que se asocie con actitudes no igualitarias y sexistas.

A diferencia de los resultados esperados, más *actitudes sexistas tradicionales*, se asociaron positivamente con *forma física* y *resiliencia*, lo que daría cuenta de una relación entre la masculinidad y la capacidad de superar las adversidades, teniendo en cuenta además, que fueron los chicos quienes reportaron puntuaciones más altas en estas variables. Estos resultados estarían confirmando las explicaciones que algunos autores han dado desde la desigualdad y los roles de género. Por ejemplo, Zabala et al. (2008) explica que el género predispone al varón hacia una mayor independencia, mientras que en el caso de las chicas, dependen de los apoyos de su entorno para ser resilientes; o la menor resiliencia en el sexo femenino se atribuye a la somatización y causas externas que derivan en gran medida de los estereotipos sociales que se



crean, bajo los que se asocia a la feminidad una mayor vulnerabilidad (Figuerola et al., 2005). Resultados que, aunque los autores no analizan con una perspectiva de género, estarían reflejando roles de género tradicionales.

Con relación a la mejor percepción de la *forma física* en los chicos y su relación con *actitudes sexistas de género*, se ha encontrado que la variable sexo es un factor que se relaciona con la percepción del bienestar en los adolescentes, los cambios en la imagen corporal tienen un efecto positivo sobre su autoimagen en los chicos; al contrario, la experiencia de la menarquia sitúa a las chicas ante una mayor predisposición hacia la depresión y a una peor percepción de la salud física (Benjet y Hernández-Guzmán, 2002; Videra-García y Reigal-Garrido, 2013). Otra posible explicación a estos resultados es que la práctica de deporte conlleva a una mejora del autoconcepto físico y la autimagen (Klomsten, Skaalvik y Espnes, 2004; Pastor y Balaguer, 2001), de forma que en el caso de los varones, este sería uno de los factores que explican por qué obtienen mejores resultados en las evaluaciones que conciernen a estas variables, en tanto que tienden a practicar más actividad física que las chicas (Moreno et al., 2013).

Asimismo, Urrutia et al. (2010), demostraron una relación positiva entre la percepción del estado de salud y la imagen corporal entre los adolescentes de ambos sexos; sin embargo, el autoconcepto físico es más elevado en los chicos que en las chicas.

Contrariamente a los resultados esperados, los adolescentes con *actitudes de género trascendentes*, no tienen una mejor percepción de la salud, ni mayores niveles de resiliencia o mayor afectividad, densidad o claridad. Otro resultado no esperado es que más *actitudes de género trascendentes*, se asociaron a una menor distancia temporal, es decir, los adolescentes con actitudes más igualitarias planean sus metas a más corto plazo o estiman un menor tiempo para su cumplimiento; asimismo, con menos estrategias de adaptación *a posteriori* interno, esto es, en cuanto más *actitudes de género trascendentes*, piensan con menor frecuencia en adaptar sus metas a las circunstancias o en actuar en función de las situaciones que se presentan.

En resumen, estos resultados confirman los obtenidos en distintos estudios (Garaigordobil y Donado, 2011; Glick et al., 2000; Lameiras-Fernández et al., 2002), en los que se evidencia que Colombia es un país tradicional; que los jóvenes y adolescentes colombianos mantienen y reproducen modelos de comportamiento excluyentes como resultado del proceso evolutivo por el que se interiorizan las expectativas y normas sociales relativas al dimorfismo sexual que, a su

vez, producen asimetrías de género que inciden tanto en la salud física como en la prevalencia diferencial de los trastornos físicos y psicológicos. También se confirma que los adolescentes con *actitudes de género sexistas*, se plantean menos metas y son menos estructuradas, comparados con los adolescentes que tienen actitudes más igualitarias.

Otra posible explicación a los resultados obtenidos, es que tanto los chicos como las chicas tengan muchos rasgos asociados a la masculinidad, porque tal como lo explican Matud et al. (2009) al explorar las asociaciones entre feminidad y masculinidad con salud, el efecto de la masculinidad en el ajuste de mujeres y hombres es mayor que el de la feminidad. Así, la masculinidad se asoció con menos problemas de salud mental tanto en hombres como en mujeres; confirmando la existencia de la influencia de los factores psicosociales sobre el bienestar y la salud. Weissman y Klerman (citado en Matud et al., 2009) encontraron que en el proceso de socialización las chicas interiorizan condicionantes cognitivos como la indefensión, lo que obedece a características de feminidad; mientras que el pensamiento lógico, la solución de problemas, la capacidad de arriesgarse, la expresión de la ira son características propias de la masculinidad, y pueden resultar saludables y beneficiosas en momentos de crisis, tanto para mujeres como para hombres.

Considerando la escasez de estudios es necesario tomar los resultados como orientativos si se tienen en cuenta los siguientes aspectos: en primer lugar, la muestra representa una mínima parte de la población estudiada y; en segundo lugar, es conveniente recordar que un estudio sensible al sexo y al género, no garantiza resultados sensibles a estas dos variables (Sánchez-López, 2016; Nieuwenhoven & Klinge, 2010). Sin embargo, conociendo la importancia de estos temas y la carencia de bibliografía científica, concretamente en Colombia, sería pertinente replicar esta investigación con muestras más representativas de la población.

Es importante señalar que se realizaron análisis de *actitudes de género sexistas y trascendentes* según *sexo*, pero los resultados no mostraron resultados sustancialmente diferentes a los ya descritos, por lo que se consideró no incluirlos.

Por último, los resultados obtenidos en los cinco modelos de regresión lineal múltiple que incluyó como variables criterio: *salud general, salud física, bienestar psicológico, satisfacción con la vida y resiliencia*, mostraron que las siguientes variables se asociaban en mayor medida con los criterios considerados: *afectividad hacia el futuro, probabilidad de realización de la*

*meta, actitudes sexistas, sexo (hombre), claridad, distancia, y control.* Se discuten estos resultados:

1. La *valencia afectiva* hacia la meta y la *probabilidad de realización de la meta* fueron las variables que se asociaron en mayor medida con la *salud general*. Es decir, la actitud positiva frente a los acontecimientos futuros, tener confianza en los acontecimientos que podrían darse en el futuro y la creencia en la posibilidad de realización de los objetivos planificados se asocian con estados más positivos de salud general.
2. *El ser hombre*, y tener *claridad frente a la meta* son las variables que mejor predicen el *bienestar psicológico*. De acuerdo con estos resultados, el ser hombre condiciona un mayor estado de bienestar, lo que se relaciona, como se ha mencionado en apartado 9.3.1., con los mandatos sociales implícitos en los roles de género. Por otra parte, tener la capacidad para concebir de forma reflexiva los proyectos planificados y ordenarlos en el tiempo y el futuro en sí mismo, es decir, tener las ideas claras frente a los que se hará en el futuro, se asocia también estados más positivos de orden psicológico.
3. El ser chico, la *afectividad hacia el futuro*, la *probabilidad de realización de la meta* y las *actitudes sexistas* predicen una mayor *salud física*, esta última relación podría explicarse por la percepción más crítica de las chicas sobre su aspecto físico y por la relación existente entre actividad y salud física que confiere mayor valor a la capacidad física de los hombres quienes tiene una mayor participación en este tipo de actividad por razones culturales y sociales, además de la educación diferenciada por sexos.
4. La *afectividad hacia el futuro* y el *control*, son las variables más relacionadas con la *satisfacción vital*; es decir, a mayor afecto positivo hacia el futuro y mayor capacidad de control tanto sobre el entorno como sobre sí mismo, mayor satisfacción en ámbitos de la vida como el familiar o el escolar, mayor sensación de que la vida está cerca de los ideales propios y mayor percepción de haber logrado ciertas metas.

5. Por último, *el ser varón*, tener *actitudes sexistas*, tener una alta *probabilidad de realizar las metas* y considerar una *mayor distancia* en el cumplimiento de las metas se asocia a *mayores niveles de resiliencia*. Estas relaciones son interesantes en tanto ponen en evidencia la posible incidencia de los roles sociales, en la vida de hombres y mujeres, así, las características asignadas a los hombres relacionadas con mayor capacidad productiva y resolutiva y las actitudes sexistas como pensar que los hombres son más sexuales que las mujeres, que algunos trabajos no son apropiados para las mujeres o que se debería proteger y vigilar más a las mujeres que a los hombres; se relacionan de manera positiva, por ejemplo, con la capacidad de superación de la adversidad, de adaptación a los cambios, de pensar con claridad ante situaciones de presión o de tener claridad frente a dónde se quiere ir en la vida. Tener la percepción de que las metas se pueden lograr se relaciona con la capacidad de adaptación a los cambios, el esfuerzo personal, no desanimarse fácilmente con el fracaso, trabajar en la consecución de las metas, entre otras características de las personas resilientes. Por otra parte, la mayor o menor distancia temporal futura configura un factor determinante de la conducta motivada o dirigida a metas (Díaz Morales, 2006), en este caso, es coherente esta relación entre mayor distancia y mayor resiliencia ya que las metas planificadas en un largo plazo, requieren mayor reflexión y preparación, además en el largo plazo pueden ocurrir eventos que podrían obstaculizar el cumplimiento de objetivos, por lo que se requiere tener cierta capacidad de sortear eventualidades y afrontar dificultades; en otras palabras, se requiere autocontrol, perseverancia, constancia y resiliencia, porque según Brandtstädter (1998) a mayor distancia con las metas que se desean conseguir, menos bienestar, en tanto hay una demora en la satisfacción por los logros, mientras que con las metas a corto plazo hay una satisfacción más inmediata.

### 9.7. Conclusiones generales y posibles acciones de intervención

En primer lugar, los instrumentos de evaluación utilizados (BIEPS-J, SWLS, CD-RISC y SRQ-R) son adecuados para su uso en población adolescente colombiana.

En general, los adolescentes de este estudio perciben la presencia de emociones positivas. Tienen una percepción positiva de su estado de salud general y satisfacción con la vida; no obstante, los chicos tienen una percepción más favorable de su salud física, bienestar psicológico y resiliencia comparados con las chicas. Se plantean metas relacionadas con tareas propias de su edad: estudios a corto y a largo plazo, trabajo y sí mismo, familia futura y ocio. Las chicas se plantean más metas de estudios a largo plazo y sí mismo; mientras que los chicos describen más metas de estudios a corto plazo y trabajo; por otra parte, los chicos son más optimistas y confieren una mayor valencia afectiva al futuro. Asimismo, los chicos tienen actitudes de género más sexistas, mientras que las chicas muestran más actitudes trascendentes.

Los resultados que confirman que las chicas tienen peor percepción de salud, también muestran que los chicos tienen mayor aceptación de su condición y aspecto físico, seguridad y confianza consigo mismos, o que se relaciona con que estos dedican más tiempo a actividades de ocio, recreación, actividades extraescolares y deportivas, mientras que las chicas tienen una peor percepción de su salud física, asociada probablemente a estereotipos y creencias sobre lo que debe ser una mujer y esto pasa por la apariencia. Así, esta percepción podría asociarse con los estereotipos femeninos que los hombres pueden mostrar hacia las mujeres y que, en últimas, obstaculizan las relaciones de igualdad.

Con relación a la planificación de las metas, los chicos se interesan más por acciones relacionadas con actividades de entrenamiento, autocuidado y salud y conductas adecuadas; mientras que las chicas asignan una mayor importancia a la planificación de metas de trabajo. Lo que podría interpretarse, desde el punto de vista del género que las chicas piensan en acciones más «serias» y los chicos piensan más en actividades más «informales». De otro lado, un aspecto a resaltar es que a pesar de que la relación lineal sobre la realización de estudios y el posterior ingreso al mundo laboral ha cambiado, los adolescentes siguen percibiendo la educación como el camino obligatorio para acceder al trabajo. En lo que se refiere a la evaluación prospectiva, las chicas de menor edad muestran un mayor *control* frente a la realización de sus metas y son más optimistas frente a la *probabilidad de logro*.

Desde el análisis cualitativo, en conjunto, los adolescentes tienen un alto nivel de conocimiento respecto a sus metas, es decir, tienen claridad frente a los factores que pueden influir en la realización de dichas metas. Sin embargo, es más reducido el número de acciones que han realizado hasta el momento para alcanzar sus objetivos. Respecto a cómo piensan realizar sus objetivos en lo sucesivo, indican que realizarían más acciones de las que han desarrollado hasta el momento, lo que significa que hay un grado de compromiso para trabajar por el cumplimiento de sus objetivos.

Los adolescentes con altas *actitudes de género trascendente* se plantean realizar más acciones relacionadas con el cumplimiento de metas de *trabajo*, (esto se relaciona con que son las chicas quienes puntúan más alto en actitudes trascendentes) mientras que los adolescentes con altas *actitudes de género sexistas* se plantean más metas de *estudios a corto plazo* y *cosas materiales* (esto se relaciona con que son las chicas quienes puntúan más alto en actitudes trascendentes).

Otro aporte interesante es que las *actitudes de género sexistas* se asocian con menor nivel de planificación y menor número de metas, pero también a mayor *actitudes de género sexistas*, mayor resiliencia y mejor forma física, asunto sobre el que sería importante el desarrollar estrategias de intervención desde el ámbito educativo y terapéutico.

En general, las variables de salud autopercebida, resiliencia, PTF y metas se relacionan positivamente entre sí. Sin embargo, las variables que mejor predicen la salud autopercebida y la resiliencia son: *afectividad hacia el futuro*, *probabilidad de realización*, *claridad de la meta* y *control*. Otro dato importante es que las *actitudes de género sexistas* se asocian con altos niveles de resiliencia y ser chico con mayor bienestar psicológico y mayor resiliencia.

Con relación a la edad, los chicos mayores son más resilientes y tienen más actitudes trascendentes que los de menor edad, ya que a medida que se afianza el desarrollo en las personas, estas no se restringen tanto a las prohibiciones de la sociedad respecto a los roles de los hombres y de las mujeres. Los adolescentes de menor edad, tienen una distancia temporal más amplia de sus metas ya que las estas se relacionan con las tareas de desarrollo de cada momento del ciclo vital; asimismo, enumeran un número menor de metas, lo que posiblemente podría estar relacionado con la claridad.

Los adolescentes de este estudio tienen una percepción positiva de su salud y de su futuro. La salud de las chicas puede estar siendo afectada por la inequidad de género que aun sigue

instalada en la cultura colombiana. La herencia de estereotipos y creencias en torno al género, que ha sido transmitida a los adolescentes, continúa estando en vigor, atribuyéndose a hombres y mujeres distintas cualidades y capacidades en atención a su sexo.

Hay que resaltar, además, que existe una carencia importante de estudios sobre salud en los adolescentes desde una perspectiva positiva en el contexto colombiano y en cuanto a investigaciones con perspectiva de género, son aun más escasas.

Por último, es importante considerar algunas de las implicaciones que se pueden deducir de las conclusiones obtenidas.

Este estudio brinda elementos como punto de partida para el desarrollo de programas y proyectos de intervención fundamentados en la psicología positiva, que promuevan y potencien las fortalezas de los adolescentes y señala la necesidad de realizar intervenciones puntuales considerando las diferencias de sexo, muchas de estas, asociadas a los roles de género impuestos socialmente. Pensar estrategias de intervención donde los adolescentes reflexionen sobre las actitudes sexistas para cambiar los roles y estereotipos en los que se sostiene la desigualdad de género y promocionar que tanto chicos como chicas tienen un papel clave en la construcción de relaciones más igualitarias, porque la equidad de género solo es posible cuando los hombres y las mujeres trabajan juntos.

Un aspecto positivo que merece la pena resaltar es que en una sociedad tan permeada por los estereotipos y los roles de género, como lo es cultura colombiana, las chicas no mostraron un especial interés por las metas relacionadas con la familia futura y sus objetivos están más orientados a la realización de estudios particularmente a largo plazo como estudios universitarios. Asimismo, aprovechar las actitudes de cambio que están mostrando las chicas, aunque tímidamente, frente a los roles de género y a las actitudes sexistas para fortalecer sus capacidades y competencias, que se reconozcan en sus derechos y mejorar su autoconcepto, ya que las conductas sexistas solo serán erradicadas en la medida que se trabaje por la transformación de la sociedad, y empezar con los niños y adolescentes debería ser una tarea prioritaria. No es un proceso sencillo, ya que esto significa oponerse a las creencias y valores imperantes en las culturas durante mucho tiempo, lo que implica, además, cuestionar los modelos predominantemente masculinos que ponen a la mujer en un lugar de desventaja. Así pues, es una realidad que la modificación de esquemas no es tarea fácil, pero es posible realizarla en los

entorno escolares y terapéuticos. En este sentido, planificar estrategias de resiliencia en las chicas, acciones orientadas hacia el autocuidado, la autoestima y las relaciones equitativas para la promoción de la salud mental y emocional.

Hay que resaltar, también, que los adolescentes de esta muestra dan una gran valor al esfuerzo y la dedicación como condición para el logro de metas y muestran un importante nivel de coherencia, en concreto, al pensar los factores que pueden influir en el cumplimiento de sus metas y en las acciones que realizarán o las estrategias que se propondrán en adelante para lograrlas. Un indicio de dicha coherencia es que estos factores y estrategias se relacionan con su desarrollo personal, y todo aquello que los adolescentes consideran que pueden realizar actualmente para obtener logros en el futuro. Estos resultados son importantes desde un enfoque positivo para la elaboración de programas que refuercen y orienten las expectativas de los adolescentes, acciones les permitan potenciar su capacidad de superación y adaptación, y reafirmarse en sus deseos de logro. Hacer mayor énfasis en la formación sobre el mercado laboral, o la preparación para una profesión que orienten mejor la decisión. Por tanto las estrategias deben procurar informar sobre las salidas laborales y la planificación de metas de acuerdo a los intereses, necesidades y posibilidades de los adolescentes en su contexto.

Para finalizar, y como aspecto determinante para la detección de problemas y la creación de estrategias intervención idóneas, es necesario incluir la perspectiva de género en los estudios sobre adolescencia.

El desafío es continuar en el trabajo de desvincular la adolescencia de la visión catastrófica e intentar comprender su realidad desde diferentes perspectivas y transmitir una imagen más integradora de los adolescentes con sus defectos y virtudes.



## *Capítulo 10. Limitaciones*

---



En primer lugar, las dificultades presentadas se relacionaron con el protocolo de evaluación.

Dado que el objetivo de esta investigación no fue la revalidación de los instrumentos, se asumió la estructura factorial original de las escalas, siendo conscientes de las limitaciones que ello podría ocasionar. En este sentido, el BIEPS-J, presentó una baja fiabilidad en una de sus dimensiones, por lo que se consideró la medida global del bienestar psicológico. Este problema ha sido advertido por sus autores en previas investigaciones. Sin embargo, la medida global mostró una alta fiabilidad.

Hay que mencionar igualmente, que el cuestionario de metas de Nurmi (1989) resulta dispendioso para los adolescentes dado que requiere una descripción detallada de dichos componentes, lo que puede conllevar a un número reducido de respuestas. Sin embargo, es un instrumento de medida valioso que proporciona información subjetiva con un mayor significado personal para el encuestado comparado con las medidas de metas generadas por el investigador, tanto para el análisis cuantitativo como cualitativo. Se sugiere, para posteriores investigaciones, su aplicación como único instrumento en una sesión. De otro lado, la escala de género SRQ-R, es una medida integral para la evaluación de actitudes sexistas y trascendentes de género, pero suele presentar una baja fiabilidad, aunque no fue el caso del presente estudio, sería conveniente utilizar la nueva escala EARG que ha sido construida recientemente por García-Cueto, et al. (2015) desde los planteamientos de la perspectiva teórica de la igualdad de género y apoyados en el SRQ-R. Los resultados muestran la existencia de un único factor bipolar —actitudes trascendentes vs. actitudes sexistas— cumpliendo los índices de ajuste psicométricos y, según sus autores, el análisis permite identificar las actitudes más susceptibles de cambio, lo que sería muy útil para propuestas de intervención.

En segundo lugar, podría considerarse como una limitación, la naturaleza transversal de este estudio. Tratándose de una población que experimenta cambios constantes por las características propias de la edad, sería interesante determinar en una propuesta de diseño longitudinal, si las percepciones de la salud, la resiliencia, la perspectiva temporal futura y las actitudes de género, se mantienen en el tiempo o se deben a las vicisitudes del ciclo vital. Un diseño que permita controlar la variación en los participantes y la posibilidad de ser prospectivos, o incluso predictivos. Poder evaluar a largo plazo la realización o frustración, por ejemplo, de las metas o

proyectos que los adolescentes se han propuesto realizar, o estrategias relacionadas con la resiliencia.

En tercer lugar, además de las limitaciones relacionadas con los instrumentos de medida y con la transversalidad, los resultados de este trabajo deben ser considerados con precaución, dada la falta de estudios existentes en Colombia sobre esta temática, lo cual imposibilita el contraste con los resultados obtenidos por otros investigadores en ese contexto cultural. Sin embargo, esta circunstancia no invalida la importancia de este estudio como punto de partida para nuevas investigaciones.

En futuros trabajos sería conveniente realizar el análisis de los temores del cuestionario de metas de Nurmi (1989), que en este estudio no se llegaron a realizar, con miras a identificar las dificultades que los adolescentes están percibiendo para el cumplimiento de sus objetivos a futuro. Por tanto, la información obtenida de este tipo de análisis podría resultar útil de cara a establecer pautas para la elaboración de programas destinados al esclarecimiento de la problemática vocacional y proveer los elementos necesarios para posibilitar mejores elecciones para los adolescentes.

De otro lado, el hecho de que las mujeres adolescentes presenten una peor percepción de la forma física, el bienestar psicológico, y menos niveles de resiliencia comparadas con los chicos, debe suponer una razón importante para continuar trabajando en esta línea de investigación, y ante estos asuntos la mirada de la psicología positiva tiene muchos aportes por hacer; desde la resiliencia moderar la relación entre causas y consecuencias; identificar en los adolescentes los elementos motivadores, recursos latentes y potenciar las conductas vitales y la proyección al futuro como factores de protección ante la adversidad. Por otra parte, la mayor tendencia de los chicos hacia actitudes sexistas de género es motivo para, en estudios posteriores, mantener la mirada en la perspectiva de género, no sólo para responder a la demanda de las nuevas tendencias en investigación en las áreas de las ciencias sociales y de la salud, sino para contribuir a generar en los adolescentes otras formas de relaciones sociales más igualitarias.

Los resultados encontrados sugieren la pertinencia de continuar realizando estudios en estos temas e incluir otras variables como capacidades cognitivas o sistemas de valores que permitan hacer otro tipo de correlaciones, de igual forma, podría ser adecuado incluir otras escalas que contribuyan al estudio de las actitudes de género en muestras suramericanas. Por último, incluir

otras variables de tipo sociodemográfico, que permitan establecer otros perfiles en la población adolescente y tener una idea global del efecto de las mismas en el entorno próximo a la persona, como en un contexto cultural más amplio.



## *Referencias bibliográficas*

---





- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(5), 340-342. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10261/10500>
- Afifi, T. O. & MacMillan, H. L. (2011). *Resilience Following Child Maltreatment: A review of protective factors*. Los Ángeles, Estados Unidos: SAGE Publications.
- Albuquerque, F. J. B., Sousa, F. M. & Martins, C. R. (2010). Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. *Psico*, 41(1), 85-92. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5110>
- Allport, G. (1958). What units shall we employ? En G. Lindzey (Ed.), *Assessment of Human Motives* (pp. 239-260). Nueva York, Estados Unidos: Rinehart and Goals System.
- Alonso, E., Luján, I., y Machargo, J. (1998). Actualidad de los estereotipos sobre la adolescencia. *Anuario de Filosofía, Psicología y Sociología*, (1), 28-49.
- Alvarado de Rattia, E. (2013). *Percepción de exposición a violencia familiar en adolescentes de población general: consecuencias para la salud, bajo un enfoque de resiliencia* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Anderman, L. H. & Anderman, E. M. (1999). Social predictors of changes in students' achievement goal orientations. *Contemporary Educational Psychology*, 24(1), 21-37. doi: 10.1006/ceps.1998.0978
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (2012). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. Nueva York, Estados Unidos: Springer Science & Business Media.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health. How people manage and stay well*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass Publishers.

- Appels, A., Bosma, H., Grabauskas, V., Gostautas, A. & Sturmans, F. (1996). Self-rated health and mortality in a lithuanian and a dutch population. *Social Science & Medicine*, 42(5), 681-689. doi: 10.1016/0277-9536(95)00195-6
- Arango, L. G. (2010). Género e identidad en el trabajo de cuidado. En E. de la Garza y Julio N. (Eds.), *Trabajo, identidad y acción colectiva* (pp. 81-108). México, D.F.: Plaza y Valdés.
- Aresti, E. N. (2001). *Médicos, donjuanes y mujeres modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*. Bilbao, España: UPV.
- Arita, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.
- Arrindell, W. A., Meeuwesen, L. & Huyse, F. J. (1991). The satisfaction with life scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and individual differences*, (12), 117-123.
- Artuch-Garde, R. (2014). *Resiliencia y autorregulación en jóvenes navarros en riesgo de exclusión social que acuden a programas de cualificación profesional inicial* (tesis doctoral). Universidad de Navarra, Pamplona, España.
- Artuch, R. (2013). El fracaso escolar: una experiencia española. En C. Cornejo, P. Morales, E. Saavedra y G. Salas (Eds.), *Aproximaciones en psicología educacional. Diversidades ante la contingencia actual* (pp. 161-173). Talca, Chile: Universidad Católica del Maule.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. Recuperado de [http://0-dx.doi.org/cisne.sim.ucm.es/10.1016/S0191-8869\(02\)00332-X](http://0-dx.doi.org/cisne.sim.ucm.es/10.1016/S0191-8869(02)00332-X)
- Atienza, F. L., Balaguer, I. & García-Merita, M. L. (2003). Satisfaction with life scale: Analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences*, 35(6), 1255-1260. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00332-X
- Atkinson J. W. (1964). *An introduction to motivation*. Princeton, Estados Unidos: Van Nostrand.

- Avia, M. D., y Vázquez, C. (1999). *Optimismo inteligente*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Ayala, J. C. & Manzano, G. (2013). Psychometric properties of connor-davidson resilience scale in a spanish sample of entrepreneurs. *Psicothema*, 25(2), 245-251. doi: 10.7334/psicothema2012.183
- Baber, K. M. y Tucker, C. J. (2006). The social roles questionnaire: A new approach to measure attitudes toward gender. *Sex Roles*, 54(7), 459-467. doi: 10.1007/s11199-006-9018-y
- Bakan, D. (1971). Adolescence in America: From idea to social fact. *Daedalus*, 100(4), 979-995.
- Ballesteros, B., Medina, A., y Caicedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psicológica*, 5(2), 239-258.
- Baltes, P. B. (1987). *Métodos de investigación en psicología evolutiva: enfoque del ciclo vital*. Madrid, España: Morata.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. & Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. En W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). Nueva York, Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, Estados Unidos: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Estados Unidos: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behaviour. En A. Baum, S. Newman, J. Wienman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 160-162). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.1

- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V. & Pastorelli, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, 67(3), 1206-1222. doi: 10.1111/j.1467-8624.1996.tb01791.x
- Bankston, C. L. & Zhou, M. (2002). Social capital as process: The meanings and problems of a theoretical metaphor. *Sociological Inquiry*, 72(2), 285-317. doi: 10.1111/1475-682X.00017
- Barberá, E. (1996). Motivación de logro y categorización de género. En I. Garrido (Ed.), *Psicología de la motivación* (pp. 287-307). Madrid, España: Síntesis.
- Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona, España: Ariel.
- Barra, E., Cancino, V., Lagos, G., Leal, P., y San Martín, J. (2014). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 231-239.
- Baztán, Á. A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona, España: Marcombo.
- Beal, S. J. & Crockett, L. J. (2010). Adolescents' occupational and educational aspirations and expectations: Links to high school activities and adult educational attainment. *Developmental Psychology*, 46(1), 258-265. doi: 10.1037/a001741
- Becerra, C., Reigal, R., Hernández-Mendo, A., y Martín-Tamayo, I. (2013). Relaciones de la condición física y la composición corporal con la autopercepción de salud. *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 9(34), 305-318. Recuperado de <http://www.cafyd.com/REVISTA/ojs/index.php/ricyde/article/view/580>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Bell, L. G. & Bell, D. C. (2012). Positive relationships that support elder health and well-being are grounded in midlife/adolescent family. *Family & Community Health*, 35(4), 276-286.
- Belloch, A., y Olabarria, B. (1993). El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clínica y Salud*, (4), 181-190.

- Bem, S. L. (1981). The BSRI and gender schema theory: A reply to spence and helmreich. *Psychological Review*, 88(4), 369-371. doi: 10.1037/0033-295X.88.4.369
- Benatuil, D. (2003). El bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva cualitativa. *Psicodebate*, 3, 43-58.
- Benjet, C. & Hernández-Guzmán, L. (2002). A short-term longitudinal study of pubertal change, gender, and psychological well-being of mexican early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 429-442. doi: 10.1023/A:1020259019866
- Benlloch, I. M., y De Sola, A. (2003). El cuestionario de actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG): elaboración y estudio psicométrico. *Anuario de psicología*, 34(1), 101-124. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61637/88510>
- Benson, P. L., Mannes, M., Pittman, K. & Ferber, T. (2004). Youth development, developmental assets and public policy. En R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 781-814). Nueva York, Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F. & Sesman, A., Jr. (2006). Positive youth development: Theory, research and applications. En R. M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development. Volume 1 of Handbook of Child Psychology* (pp. 894-941). Hoboken, Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Berg-Kelly, K. (2010). Transition: Bridge over troubled water? *Acta Pediátrica*, 99(12), 1782-1784. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.02063.x
- Berges, B. M. (2008). Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. *Iniciación a la Investigación*, (3), 1-16.
- Bernabeu, J., Montoya, I., González, R., y Casullo, M. M. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.

- Biggart, A., Furlong, A., y Cartmel, F. (2008). Biografías de elección y linealidad transicional: nueva conceptualización de las transiciones de la juventud moderna. En R. Bendit, M. Hahn y A. Miranda (Comps.), *Transiciones juveniles: procesos de inclusión social y patrones de vulnerabilidad en un mundo globalizado*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G. & Briere, N. M. (1989). L'Echelle de satisfaction de vie: Validation Canadienne-Francaise du «Satisfaction With Life Scale» (French-Canadian Validation of the Satisfaction With Life Scale). *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21, 210-223. doi: 10.1037/h0079854
- Blázquez, F. P., Hernández, C. Y. G., y Calvillo, M. A. M. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223-232. doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04
- Block, J. & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349-361. doi: 10.1037//0022-3514.70.2.349
- Bohan, J. S. (2002). Sex differences and/in the self: Classic themes, feminist variations, postmodern challenges. *Psychology of Women Quarterly*, 26(1), 74-88. doi: 10.1111/1471-6402.00045
- Bohnert, A. M., Richards, M. H., Kolmodin, K. E. & Lakin, B. L. (2008). Young urban african american adolescents' experience of discretionary time activities. *Journal of Research on Adolescence*, 18(3), 517-539. doi: 10.1111/j.1532-7795.2008.00569.x
- Bonino, L. (2001). Masculinidad, salud y sistema sanitario: el caso de la violencia masculina. *Seminario sobre mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa*. Seminario de la OMS/Oficina Europea, Madrid, España.
- Borrell, C. F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175-179. doi: 10.1016/S0025-7753(02)73355-1

- Borrell, C., y Pasarín, M. I. (2004). Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 1-4.
- Borrell, C., Muntaner, C., Gil-González, D., Artazcoz, L., Rodríguez-San, M., Rohlfs, I., Pérez, K., García-Calvente, M., Villegas, R. & Álvarez-Dardet, C. (2010). Perceived discrimination and health by gender, social class, and country of birth in a southern european country. *Preventive Medicine*, 50(1), 86-92. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.10.016
- Bourdieu, P. (2000). *Cuestiones de sociología*. Madrid, España: Istmo.
- Bourdieu, P. (2006). *Argelia 60: estructuras económicas y estructuras temporales*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago, Estados Unidos: Aldine.
- Brandtstädter, J. (1998). Action perspectives on human development. En W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, vol. 1: Theoretical models of human development* (pp. 807-863). Nueva York, Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Brdar, I., Rijavec, M. & Miljkovic, D. (2009). Life goals and well-being: Are extrinsic aspirations always detrimental to well-being? *Psychological Topics*, 18(2), 317.
- Breidablik, H., Meland, E. & Lydersen, S. (2009). Self-rated health during adolescence: Stability and predictors of change (young-HUNT study, norway). *The European Journal of Public Health*, 19(1), 73-78. doi: 10.1093/eurpub/ckn111
- Breinbauer, C. & Maddaleno, M. (2005). A new approach to classifying adolescent developmental stages. En *Youth: Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents*. Silver Spring, Estados Unidos: Pan American Health Organization.

- Bringas, C., Suárez-Álvarez, J., Estrada, C., y Rodríguez, L. (2017). Actitud sexista y trascendente durante el noviazgo entre universitarios latinoamericanos. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 8(1), 44-55. doi: 10.23923/j.rips.2017.08.005
- Broder, R. J. (1996). Ecological risk factors for symptoms of depression among adolescents from separated and divorced families. *Dissertation Abstracts International*, 56(9-B), 5160-5164.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona, España: Paidós.
- Brooks-Gunn, J. & Reiter, E. O. (1990). The role of pubertal processes in the early adolescent transition. En S. Feldman y G. Elliott (Eds.), *At the threshold: the developing adolescent* (pp. 16-53). Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press.
- Burns, R. A. & Anstey, K. J. (2010). The Connor–Davidson resilience scale (CD-RISC): Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 527-531. doi: 10.1016/j.paid.2009.11.026
- Bustos, M. P. (2013). Factores de resiliencia en adolescentes residentes en un centro de protección de Valparaíso. *Revista de Psicología*, 2(4), 85-108.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble. Feminism and Subversion of Identity*. Londres, Inglaterra: Routledge.
- Butler, J., y Soley-Beltrán, P. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona, España: Paidós.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Adolescence*, 35(137), 201-215.
- Cabanyes, J. (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 3(4), 145-151. doi: 10.1016/S2173-5050(10)70024-8
- Campbell-Sills, L. & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor–



- davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019-1028. doi: 10.1002/jts.20271
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L. & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599. doi: 10.1016/j.brat.2005.05.001
- Campbell, A., Converse, P. E. & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Nueva York, Estados Unidos: Russell Sage Foundation.
- Canaval, G. E., González, M. C., Humphreys, J., De León, N., & González, S. (2009). Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia, Cali, Colombia. *Investigación y educación en enfermería*, 27(2), 209-217.
- Cantor, N. & Kihlstrom, J. F. (1987). *Personality and social intelligence*. Englewood Cliffs, Estados Unidos: Prentice-Hall.
- Cantor, N. & Zirkel, S. (1990). Personality cognition and purposive behaviour. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: theory and research* (pp. 135-164). Nueva York, Estados Unidos: Guildord.
- Carcelén, M. C., y Martínez, U. (2008). Perspectiva temporal futura en adolescentes institucionalizados. *Revista de Psicología (Lima)*, 26(2), 255-276.
- Cardenal, V., y Fierro, F. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar personal y adaptación social. *Psicothema*, 13(1), 118-126.
- Cárdenas, M., Páez, D., Asún, D., Bilbao, Á., Gómez, F., y Barrientos, J. (2012). Estructura factorial de la escala de satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(2), 157-164. doi: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243030190006>

- Cárdenas, M., Lay, S. L., González, C., Calderón, C., y Alegría, I. (2010). Inventario de sexismo ambivalente: adaptación, validación y relación con variables psicosociales. *Salud & Sociedad*, 1(2), 19-39.
- Carroll, A., Durkin, K., Hattie, J. & Houghton, S. (1997). Goal setting among adolescents: A comparison of delinquent, at-risk, and not-at-risk youth. *Journal of Educational Psychology*, 89(3), 441-450. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/210979586?accountid=14514>
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge, Estados Unidos: Cambridge University Press.
- Casas, F. (2011). Subjective social indicators and child and adolescent well-being. *Child Indicators Research*, 4(4), 555-575. doi: 10.1007/s12187-010-9093-z
- Casas, F., Fernández-Artamendi, S., Montserrat, C., Bravo, A., Bertrán, I., y Del Valle, J. (2013). El bienestar subjetivo en la adolescencia: estudio comparativo de dos comunidades autónomas en España. *Anales de Psicología*, 29(1), 148-158. doi: 10.6018/analesps.29.1.145281
- Casas, F., González, M., Figuer, C. & Malo, S. (2007). The well-being of 12-to 16-year-old adolescents and their parents: Results from 1999 to 2003 Spanish samples. *Social Indicators Research*, 1(83), 87-115.
- Casco, F. J., y Oliva, A. (2005). Ideas sobre la adolescencia entre padres, profesores, adolescentes y personas mayores. *Apuntes de Psicología*, 22, 171-185.
- Casey, D. M., Ripke, M. N. & Huston, A. C. (2004). Activity participation and well-being of children and adolescents in the context of welfare reform. En J. L. Mahoney, R. W. Larson & J. S. Eccles (Eds.), *Organized activities as contexts of development: Extracurricular activities, after-school and community programs* (pp. 65-84). Nueva Jersey, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates.

- Caso-Niebla, J., y Hernández-Guzmán, L. (2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 487-501.
- Caspi, A. (1987). Personality in the life course. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1203-1213. doi: 10.1037/0022-3514.53.6.1203
- Castillo, I., Duda, J. L., y Balaguer, I. (2002). Las perspectivas de meta de los adolescentes en el contexto deportivo. *Psicothema*, 14(2), 280-287.
- Castro, A., y Sánchez-López, M. P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercibida en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 12(1), 87-92.
- Castro, A., y Díaz-Morales, J. F. (2002). Objetivos de vida y satisfacción vital en adolescentes españoles y argentinos de entornos rural y urbano. *Psichotema*, 14(1), 112-117.
- Castro, A. & Lupano, P. L. (2013). The Latin-American view of Positive Psychology. *Journal of Behavior, Health & Social Issues (México)*, 5(2), 15-31. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5460/jbhsi.v5.2.42250>
- Casullo, M. M., y Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 18(1), 35-68.
- Casullo, M. M. (2002). Psicología salugénica o positiva. Algunas reflexiones. *Anuario de investigaciones*. Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/accesos.php?var=investigaciones/revistas/anuario/anteriores/anuario8/p\\_sico\\_salugenica.php](http://www.psi.uba.ar/accesos.php?var=investigaciones/revistas/anuario/anteriores/anuario8/p_sico_salugenica.php)
- Cavallo, F., Zambon, A., Borraccino, A., Raven-Sieberer, U., Torsheim, T. & Lemma, P. (2006). Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 15(10), 1577-1585. doi: 10.1007/s11136-006-0037-5

- CEPAL (2013). Mujeres en la economía digital: superar el umbral de la desigualdad. Recuperado de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/51083/Mujeresenlaeconomiadigital.pdf>
- Chan, R. & Joseph, S. (2000). Dimensions of personality, domains of aspiration, and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 28(2), 347-354. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00103-8
- Chang, E. S., Chen, C., Greenberger, E., Dooley, D. & Heckhausen, J. (2006). What do they want in life?: The life goals of a multi-ethnic, multi-generational sample of high school seniors. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 302-313. doi: 10.1007/s10964-006-9034-9
- Chen, C. (2016). The role of resilience and coping styles in subjective well-being among chinese university students. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 1-11. doi: 10.1007/s40299-016-0274-5
- Chen, X., Bian, Y., Xin, T., Wang, L. & Silbereisen, R. K. (2010). Perceived social change and childrearing attitudes in China. *European Psychologist*, (15), 260-270. doi: 10.1027/1016-9040/a000060
- Cicognani, E. (2011). Coping strategies with minor stressors in adolescence: Relationships with social support, self-efficacy, and psychological well-being. *Journal of Applied Social Psychology*, 41, 559-578. doi: 10.1111/j.1559-1816.2011.00726.x
- CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) (1995). *Estudio CIS 2194. Mujeres e igualdad de oportunidades*. Madrid, España: CIS.
- Cleverley, K. & Kidd, S. A. (2011). Resilience and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence*, 34(5), 1049-1054. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.11.003
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi: 10.1037//0033-2909.112.1.155
- Cohen, J. & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, Estados Unidos: LEA.

- Cohen, P. & Cohen, J. (2001). Life values and mental health in adolescence. En P. Schmuck & K. M. Sheldon (Eds.), *Life goals and well-being*. Gotinga, Alemania: Hogrefe and Huber Publishers.
- Cohler, B. J. & Boxer, A. M. (1984). Personal adjustment, well-being, and life events. En C. Z. Malatesta & C. E. Izard (Eds.), *Emotion in adult development* (pp. 85-100). Londres, Inglaterra: SAGE Publications.
- Colás, P., y Villaciervos, P. (2007). La interiorización de los estereotipos de género en jóvenes y adolescentes. *Revista de Investigación Educativa*, 25(1), 35-58.
- Coleman, J. (1980). *The nature of adolescence*. Londres, Inglaterra: Methuen.
- Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought. Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C. & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 211-229. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.02.004
- Compas, B. E., Hinden, B. R. & Gerhardt, C. A. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46(1), 265-293. doi: 10.1146/annurev.ps.46.020195.001405
- Conde, F. (Dir.). (1996). *Las representaciones sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años de la comunidad de Madrid*. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DSalud+>
- Connor, K. M. & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CDRISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi: 10.1002/da.10113

- Cooper, H., Okamura, L. & McNeil, P. (1995). Situation and personality correlates of psychological well-being: Social activity and personal control. *Journal of Research in Personality*, 29(4), 395-417. doi: 10.1006/jrpe.1995.1023
- Coppari, N., Argaña, B., Bartels, D., Bilbao, A., Bittar, L., Díaz, A., y Paredes, L. (2012). Nivel de bienestar psicológico estudiantes de secundaria de dos instituciones educativas (pública y privada) de Asunción. *Eureka*, 9(1), 47-57. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2220-90262012000100006&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100006&lng=pt&tlng=es).
- Corica, A. (2012). Las expectativas sobre el futuro educativo y laboral de jóvenes de la escuela secundaria: entre lo posible y lo deseable. *Ultima década*, 20(36), 71-95. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362012000100004>
- Costa, J., McCrae, R. R. & Zonderman, A. B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an american national sample. *British Journal of Psychology (London, England : 1953)*, 78(3), 299-306. doi: 10.1111/j.2044-8295.1987.tb02248.x
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668-678. doi: 10.1037/0022-3514.38.4.668
- Crespo, E. (2003). El construccionismo y la cognición social. Metáforas sobre la mente. *Política y Sociedad*, 40(1), 15-22.
- Crespo, M., y Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27. doi: 10.6018/analesps.31.1.158241
- Cruz, S. M., y Maganto, M. C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 55(3), 455-474.

- Cruz, S. M., Maganto, M. C., Montoya, I., y González, R. (2002). Escala de bienestar psicológico para adolescentes: resultados españoles. En M. M. Casullo (Comp.), *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica* (pp. 65-77). Barcelona, España: Paidós.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, 54(10), 821-827.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir (Flow). Una psicología de la felicidad*. Barcelona, España: Kairós.
- Cuadra, H., y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), 83-96.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. & Shear, M. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *A theoretical model. Archives of General Psychiatry*, 57(1), 21-27.
- D'Anello, S. (2006). Efecto de las normas y emociones en los juicios sobre satisfacción con la vida en una muestra venezolana. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), 371-376.
- Dávila, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última Década*, (21), 83-104. doi: doi.org/10.4067/S0718-22362004000200004
- Day, S., Mason, R., Lagosky, S. & Rochon, P. (2016). Integrating and evaluating sex and gender in health research. *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 2-5. doi: 10.1186/s12961-016-0147-7
- Deci, E. L., Connell, J. P. & Ryan, R. M. (1989). Self-determination in a work organization. *Journal of Applied Psychology*, 74(4), 580-590. doi: 10.1037/0021-9010.74.4.580
- Delgado, B., Inglés, C. J., García-Fernández, M., Castejón, J. L., y Valle, A. (2010). Diferencias de género y curso en metas académicas en alumnos de educación secundaria obligatoria. *Revista Española de Pedagogía*, 68(245), 67-83.

- Dell’Aglío, D. D., Koller, S. H. & Yunes, M. A. M. (2006). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*. San Pablo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- De Lorme, D. E., Huh, J. & Reid, L. N. (2006). Perceived effects of direct-to-consumer (DTC) prescription drug advertising on self and others: A third-person effect study of older consumers. *Journal of Advertising*, 35(3), 47-65. doi: 10.2753/JOA0091-3367350304
- Delval, J. (2002). *El desarrollo humano*. Madrid, España: Siglo XXI.
- DeNeve, J-E., Diener, E., Tay, C. L. & Xuereb, C. (2013). The objective benefits of subjective well-being. En J. Helliwell, R. Layard & J. Sachs (Eds.), *World Happiness Report*. Nueva York, Estados Unidos: UN Sustainable Development Solutions Network.
- DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197-229. doi: 10.1037//0033-2909.124.2.197
- Denton, M., Prus, S. & Walters, V. (2004). Gender differences in health: A canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2585-2600. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.09.008
- Díaz-Aguado, M. J. (2006). Sexismo, violencia de género y acoso escolar. Propuestas para una prevención integral de la violencia. *Revista de Estudios de Juventud*, (73), 38-57.
- Díaz-Morales, J. F. (2001). *Diferencias intergrupales en el sistema de metas personales, satisfacción y rendimiento en adolescentes* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Díaz-Morales, J. F. (2006). Perspectiva temporal futura y ciclo vital. *Anales de psicología*, 22(1), 52-59.
- Díaz-Morales, J. F. (2013). Introduciendo la perspectiva de género en investigación. En M. P. Sánchez-López (Coord.), *La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género* (pp.57-75). Madrid, España: Síntesis.



- Díaz-Morales, J. F. (2017). Gender-based perspectives about women and men's health. En M. P. Sánchez-López & R. Limiñana-Gras (Eds.), *The psychology of gender and health* (pp. 55-83). Londres, Inglaterra: Elsevier.
- Díaz-Morales, J. F., y Sánchez-López, M. P. (2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de Psicología*, 7(2), 151-158.
- Díaz-Morales, J. F., y Sánchez-López, M. P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales en estudiantes universitarios. *Psichotema*, 14(1), 100-105.
- Díaz, D., Stavradi, M., Blanco, A. & Gandarillas, B. (2015). The eudaimonic component of satisfaction with life and psychological well-being in spanish cultures. *Psicothema*, 27(3), 247-253. doi: 10.7334/psicothema2015.5
- Díaz, E. M., y Alvarado, N. R. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la región del Maule1. *Universum*, 22(2), 184-200. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/218407645?accountid=14514>
- Díaz, M. E., Santana, D., Rodríguez, L., y Moreno, V. (2014). Actividad física y estado nutricional en adolescentes. Una visión de género. *Antropo*, (31), 39-49.
- Dickson, J. M. & MacLeod, A. K. (2006). Dysphoric adolescents' causal explanations and expectancies for approach and avoidance goals. *Journal of Adolescence*, 29(2), 177-191. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.03.007
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. the science of happiness and a proposal for a national index. *The American Psychologist*, 55(1), 34-43. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.34

- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663. doi: 10.1037/0022-3514.68.4.653
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 926-935. doi: 10.1037/0022-3514.68.5.926
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Diener, E. & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Diener, E., Tay, L. & Oishi, S. (2013). Rising income and the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(2), 267-276. doi: 10.1037/a0030487
- Dilorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D. & Carlone, J. (1993). Factors associated with use of safer sex practices among college freshmen. *Research in Nursing and Health*, (16), 343-350.
- Ding, S., Dong, X. & Li, S. (2009). Women's employment and family income inequality during china's economic transition. *Feminist Economics*, 15(3), 163-190. doi: 10.1080/13545700802526541

- Dioses, A., Araki, R., Reynoso, D., Pomalaya, R., Montero, V., Montgomery, W., y Velásquez, C. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. *Revista de Investigación en Psicología*, 11(2), 139-152.
- Dolbier, C. L., Jaggars, S. S. & Steinhardt, M. A. (2010). Stress-related growth: Pre-intervention correlates and change following a resilience intervention. *Stress and Health*, 26(2), 135-147. doi: 10.1002/smi.1275
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: Debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*, 51(6), 931-939. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00072-1
- Eagly, A. H. (1997). Sex differences in social behavior: Comparing social role theory and evolutionary psychology. *The American Psychologist*, 52(12), 1380-1383. doi: 10.1037/0003-066X.52.12.1380.b
- Eagly, A. H. & Mladinic, A. (1994). Are people prejudiced against women? Some answers from research on attitudes, gender stereotypes and judgments of competence. En W. Stroebe y M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (pp. 1-35). Nueva York, Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Ebrie, S. (2015). Gender role perception among the awra amba community. *American Journal of Applied Psychology*, 3(1), 15-21. doi: 10.12691/ajap-3-1-4
- Eccles, J. S. & Wigfield, A. (2002). Motivational beliefs, values, and goals. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 109-132. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135153
- Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M., Reuman, D., Flanagan, C. & Mac Iver, D. (1993). Development during adolescence: The impact of stage-environment fit on young adolescents' experiences in schools and in families. *American Psychologist*, 48(2), 90-101. doi: 10.1037/0003-066X.48.2.90

- Emmons, R. & King, L. (1988). Conflict among personal strivings: Immediate and long-term implications for psychological and physical well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1040-1048.
- Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(5), 1058-1068. doi: 10.1037//0022-3514.51.5.1058
- Emmons, R. A. & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11(1), 89-97.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Erausquin, C. (2010). Adolescencias y escuelas: interpelando a Vygotsky en el siglo XXI. Unidades de análisis que entrelazan tramas y recorridos, encuentros y desencuentros. *Revista de Psicología*, 11, 59-81.
- Erginoz, E., Alikasifoglu, M., Ercan, O., Uysal, O., Ercan, G., Albayrak D. & Ilter, O. (2004). Perceived health status in a turkish adolescent sample: Risk and protective factors. *European Journal of Pediatrics*, 163(8), 485-494. doi: 10.1007/s00431-004-1446-5
- Erikson, E. H. (1959). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormee-Paidós.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Erikson, E. H. (1971). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a syste-matic review. *Journal of Efidemiology and Community Health*, 60(5) 376-381.

- Escartí, A., Musitu, G. y Gracia, M. D. (1988). Estereotipos de género y roles sexuales. En J. Fernández (Coord.), *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género*. Madrid, España: Pirámide.
- Esnaola, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de Psicología*, 24(1), 1-8.
- Estévez, E., Musitu, G., y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81-89.
- Estrada, A. (2012). Los estudios de género en Colombia. Entre los límites y las posibilidades. *Nómadas*, 6, 35-54. Recuperado de [http://www.uce.edu.co/images/stories/iesco/revista\\_nomadas/6/nomadas\\_6\\_3\\_los\\_estudios.pdf](http://www.uce.edu.co/images/stories/iesco/revista_nomadas/6/nomadas_6_3_los_estudios.pdf)
- European Commission (2007). *Final report of the study on the integration of science and society issues in the sixth framework programme*. Bruselas, Bélgica.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399-419. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357
- Fernández, J. (2000). *La intervención en los ámbitos de la sexología y la generología*. Madrid, España: Pirámide.
- Fernández, J., Rodríguez, A., Quiroga, M. Á., y Olmo, I. (2007). Escalas de masculinidad y feminidad: estado actual de la cuestión. *Psicothema*, 19(3), 357-365.
- Ferrel, F., Ortiz, A. L, Forero, L. P., Herrera, M. I., y Peña, Y. (2014). Estilos de vida y factores sociodemográficos asociados en adolescentes escolarizados del distrito de Santa Marta, Colombia. *Duazary*, 11(2), 105-114.
- Figueroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., y Levín, M. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes

- de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66.  
Recuperado de <http://0-search.proquest.com/cisne.sim.ucm.es/docview/1288747884?accountid=14514>
- Filmus, D., Kaplan, K., y Miranda, A. M. (2001). Cada vez más necesaria, cada vez más insuficiente. *La escuela media en épocas de globalización*. Buenos Aires, Argentina: Santillana.
- Fischer, J. & Anderson, V. N. (2012). Gender role attitudes and characteristics of stay-at-home and employed fathers. *Psychology of Men & Masculinity*, 13(1), 16-31. doi: 10.1037/a0024359
- Fize, M. (2001). Les adolescents de l'an 2001. *Archives de Pédiatrie*, 8(2), 227-229. doi: 10.1016/S0929-693X(01)80028-2
- Fize, M. (2014). *Antimanuel d'adolescence*. París, Francia: Marabout.
- Florenzano, R. (1996). Aspectos biopsicosociales del crecimiento y desarrollo. En M. Maddaleno y R. Florenzano (Eds.), *Guías curriculares. Salud integral del adolescente* (pp. 31-41). Santiago de Chile, Chile: Corporación de Promoción Universitaria.
- Flores, M. (2008). *Resiliencia y proyecto de vida en estudiantes del 3er. Año de secundaria de la UGEL 03* (tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Fogel, J. & Israel, S. (2009). Consumer attitudes regarding internet health information and communication: Gender, locus of control, and stress implications. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 275-286.
- Fonseca, C., y Quintero, M. (2008). *Temas emergentes en los estudios de género*. Ciudad de México, México: Porrúa.
- Ford, M. E. (1992). *Motivating humans: Goals, emotions and personal agency beliefs*. Newbury Park, Estados Unidos: SAGE Publications.

- Fordyce, M. W. (1988). A review of research on the happiness measures: A sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*, 20(4), 355-381. doi: 10.1007/BF00302333
- Fox, C. R. & Kahneman, D. (1992). Correlations, causes and heuristics in surveys of life satisfaction. *Social Indicators Research*, 27(3), 221-234.
- Freud, A. (1946). *The psychoanalytic treatment of children*. Londres, Inglaterra: Inigo.
- Freud, A. (1958). Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 69, 255-278.
- Freud, A. (1976). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fu, C., Leoutsakos, J. & Underwood, C. (2014). An examination of resilience cross-culturally in child and adolescent survivors of the 2008 china earthquake using the connor-davidson resilience scale (CD-RISC). *Journal of Affective Disorders*, 155, 149-153. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.041
- Fujita, F., Diener, E. & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 427-434. doi: 10.1037/0022-3514.61.3.427
- Funes, J. (2005). El mundo de los adolescentes: propuestas para observar y comprender. *Intervención Socioeducativa*, (29), 78-102.
- Furstenberg, F. F. (1990). Coming on age in a changing family system. En S. S. Feldman y G. R. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 147-170). Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press.
- Gable, S. L. & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. doi: 10.1037/1089-2680.9.2.10

- Gaete, J., Olivares, E., Rojas-Barahona, C. A., Labbé, N., Rengifo, M., Silva, M., y Chen, M. Y. (2014). Factores asociados a conductas promotoras de salud en adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 142(4) 418-427. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000400002>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Gámez, E., y Marrero, H. (2003). Metas y motivos en la elección de la carrera universitaria: un estudio comparativo entre psicología, derecho y biología. *Anales de Psicología*, 19(1), 121-131.
- Gancedo, M. (2006). Virtudes y fortalezas: el revés de la trama. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 7, 67-80.
- Gancedo, M. (2008a). Historia de la psicología positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. En M. M. Casullo (Ed.), *Prácticas en psicología positiva* (pp. 11-38). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Gancedo, M. (2008b). Psicología positiva: posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 9, 15-26.
- García del Castillo, J. A., Dias, P., Díaz-Pérez, J. & García del Castillo, A. (2012). The mediating role of self-regulation in cigarette smoking and alcohol use among young people. *Anales de Psicología*, 28(1), 1-10.
- García-Alandete, J. (2013). Bienestar psicológico, edad y género en universitarios españoles. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 4(1), 48-58.
- García-Cueto, E., Rodríguez-Díaz, F. J., Bringas-Molleda, C., López-Cepero, J., Paíno-Quesada, S. & Rodríguez-Franco, L. (2015). Development of the gender role attitudes scale (GRAS) amongst young spanish people. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 61-68.



- García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: modelos explicativos. *Escritos de psicología*, (7), 71-81.
- García-Viniegras, C. R., y González, B. G. I. (2000). La categoría bienestar psicológico: su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000600010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010&lng=es&tlng=es)
- García-Viniegras, C. R. V. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 1-20.
- García, J. A., García, Á., López-Sánchez, C., y Dias, P. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 16(1), 59-68.
- García, L. A. (2013). Sexism in teenagers and its implication in gender violence. *Boletín Criminológico*, (144), 1-5.
- García, M., Jiménez, M., y Martínez, E. (2010). Guía para incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud. *Series Monografías EASP*, (48), 1-173. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10668/2575>
- García, M. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, (6), 18-39. Recuperado de [http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/el\\_bienestar\\_subjetivo.pdf](http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/el_bienestar_subjetivo.pdf)
- García, M., Del Río, R., y Marcos, J. (2015). *Guía de indicadores par medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes*. Sevilla, España: Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.07.006>
- García, R., Rebollo, M. A., Buzón, O., González-Piñal, R., Barragán, R., y Ruiz, E. (2010). Actitudes del alumnado hacia la igualdad de género. *Revista de Investigación Educativa*, 28(1), 217-232.

- Garrido, M. R., Fernández, M. A., Villalba, E. B., Pérez, P. J., y Fernández, M. (2010). Evidencias de validez de la adaptación al español de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) en una muestra de estudiantes universitarios. *Metodología de Encuestas*, (12), 45-62. Recuperado de <http://casus.usal.es/pkp/index.php/MdE/article/view/1002>
- Gergen, K. J. (1973). Social psychology as history. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26(2), 309-320. doi: 10.1037/h003443
- Giota, J. (2002). Adolescents' goal orientations and academic achievement: Long-term relations and gender differences. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 46(4), 349-371. doi: 10.1080/0031383022000024552
- Gjesme, T. (1981). Some factors influencing perceived goal distance in time: A preliminary check. *Perceptual and Motor Skills*, 53(1), 175-182. doi: 10.2466/pms.1981.53.1.175
- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E. & Roth, M. (2011). The German version of the satisfaction with life scale (SWLS): Psychometric properties, validity, and population based norms. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 127-132. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/journals/jpa/27/2/127/>
- Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., Masser, B., . . . López, W. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 763-775. doi: 10.1037/0022-3514.79.5.763
- Glick, P. & Fiske, S. T. (2001). An ambivalent alliance: Hostile and benevolent sexism as complementary justifications for gender inequality. *American Psychologist*, 56(2), 109-118. doi: 10.1037//0003-066X.56.2.109
- Godoy, J. F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-76). Madrid, España: Biblioteca Nueva.

- Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Herschbach, P. & Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, 16(6), 969-979. doi: 10.1007/s11136-007-9205-5
- Gómez-Bustamante, E. M., y Cogollo, Z. (2010). Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 61-70.
- Gonçalves, S., Castellà, J., y Carlotto, M. S. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 161-166.
- Góngora, V. C., y Castro, A. (2015). La validación de un índice de bienestar para población adolescente y adulta de la ciudad de Buenos Aires. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 329-338. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333141094001>
- González-Arratia, N. I., y Valdez, J. L. (2012). Análisis factorial confirmatorio del cuestionario de resiliencia en una muestra de niños. En R. Díaz, A. S. Rivera & I. Reyes (Eds.). *La psicología social en México* (pp. 676-681). Ciudad de México, México: AMEPSO.
- González-Arratia, N. I., y Valdez, J. L. (2013). Resiliencia: diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 941-955. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/155/acta-de-investigacion-psicologica>
- González-Arratia, N. I., Valdez, J. L., Van Barneveld, H. O., y González, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *CIENCIA ergo-sum*, 16(3), 247-253. Recuperado de <http://cienciaergosum.uaemex.mx/index.php/ergosum/article/view/1335/1019>
- González-Torres, M. C. & Artuch, R. (2014) Resilience and coping strategy profiles at university: Contextual and demographic variables. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(3), 621-648. doi: 10.14204/ejrep.34.14032

- González, E., Sepúlveda, R., Molina, R., Martínez, V., y Molina, T. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos, según autopercepción de discapacidad, enfermedad o problemas de salud crónicos. *Revista Chilena de Salud Pública*, 18(2), 149-160.
- González, M., y Daura, T. (2012). El aprendizaje autorregulado y su vinculación con la perspectiva de futuro. *Revista de Orientación Educacional*, 26(50), 47-72. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4554557.pdf>
- González, P., y Cabrera, C. (2013). Actitudes hacia los roles sexuales y de género en niños, niñas y adolescentes. *Plumilla Educativa*, (12), 339-360. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4757437>
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J. & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 262-270. doi: 10.1002/gps.2712
- Goossens, L. (2006). Emotion, affect, and loneliness in adolescence. En S. Jackson y L. Goossens (Eds.), *Handbook of Adolescent Development* (pp. 51-70). Londres, Inglaterra: Taylor and Francis Group.
- Grandmontagne, A. G., Fernández, A. R., y Etxaniz, I. E. (2010). Las autopercepciones físicas en la edad adulta y en la vejez. *Psicothema*, 22(3), 460-467.
- Greenfield, E. A. & Marks, N. F. (2010). Identifying experiences of physical and psychological violence in childhood that jeopardize mental health in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 34(3), 161-171. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.08.012
- Grob, A., Stetsenko, A., Sabatier, C., Botcheva, L. & Macek, P. (1999). A cross-national model of subjective well-being in adolescence. En F. Alsaker & A. Flammer (Eds.), *The adolescent experience: european and american adolescents in the 1990s* (pp. 115-130). Nueva Jersey, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum.
- Grzywacz, J. G. & Fuqua, J. (2000). The social ecology of health: Leverage points and linkages. *Behavioral Medicine*, 26(3), 101-115. doi: 10.1080/08964280009595758

- Gutiérrez, M., y Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas. *Anales de Psicología*, 30(2), 608-619. doi: <http://0-dx.doi.org/cisne.sim.ucm.es/10.6018/analesps.30.2.148131>
- Hagger, M. S., Biddle, S. J. & Wang, C. K. (2005). Physical self-concept in adolescence: Generalizability of a multidimensional, hierarchical model across gender and grade. *Educational and Psychological Measurement*, 65(2), 297-322. doi: 10.1177/0013164404272484
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Gamezy, N. & Rutter, M. (2000). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education (vols. I & II)*. Nueva York, Estados Unidos: D. Appleton & Company.
- Hansen, D. M., Larson, R. W. & Dworkin, J. B. (2003). What adolescents learn in organized youth activities: A survey of self-reported developmental experiences. *Journal of Research on Adolescence*, 13(1), 25-55.
- Harter, S. (1990). Self and identity development. En S. Feldman y G. Elder (Eds.), *At the threshold: the developing adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press.
- Harris, C., Daniels, K. & Briner, R. B. (2003). A daily diary study of goals and affective well-being at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(3), 401-410. doi: 10.1348/096317903769647256
- Heckhausen, J., Wrosch, C. & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review*, 117, 32-60. doi: 10.1037/a0017668
- Henderson, E. H. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona, España: Gedisa.

- Henson, J. M., Carey, M. P., Carey, K. B. & Maisto, S. A. (2006). Associations among health behaviors and time perspective in young adults: Model testing with boot-strapping replication. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(2), 127-137. doi: 10.1007/s10865-005-9027-2
- Heshmat, R., Kelishadi, R., Motamed-Gorji, N., Motlagh, M., Ardalan, G., Arifirad, T., . . . Qorbani, M. (2015). Association between body mass index and perceived weight status with self-rated health and life satisfaction in iranian children and adolescents: The CASPIAN-III study. *Quality of Life Research*, 24(1), 263-272. doi: <http://0-dx.doi.org/cisne.sim.ucm.es/10.1007/s11136-014-0757-x>
- Higuita-Gutiérrez, L. F., y Cardona-Arias, J. A. (2015). Meta-análisis de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente según el género. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2), 228-238. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v33n2a10
- Higuita-Gutiérrez, L. F., Cabrera-Giraldo, S., y Cardona-Arias, J. A. (2015). Perfil de morbilidad sentida de adolescentes escolarizados en instituciones públicas de Medellín-Colombia, 2014. *Archivos de Medicina*, 11(3), 1-8.
- Hill, N. E., Castellino, D. R., Lansford, J. E., Nowlin, P., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Pettit, G. S. (2004). Parent academic involvement as related to school behavior, achievement, and aspirations: Demographic variations across adolescence. *Child Development*, 75(5), 1491-1509. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00753.x
- Hine, T. (2000). *The rise and fall of the american teenager*. Nueva York, Estados Unidos: Perennial.
- Ho, M. Y., Cheung, S. F. & Cheung, F. M. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 658-663. doi: 10.1016/j.paid.2010.01.008
- Holdcroft, A. (2007). Integrating the dimensions of sex and gender into basic life sciences research: Methodologic and ethical issues. *Gender Medicine*, 4, S64-S74. doi: 10.1016/S1550-8579(07)80048-9

- Hoornaert, J. (1973). Time perspective theoretical and methodological considerations. *Psychologica Belgica*, 13(3), 265-294.
- Hopkins, E. (1982). Working hours and conditions during the industrial revolution: A re-appraisal. *Economic History Review*, 35, 52-66.
- Hoyt, L. T., Chase-Lansdale, P. L., McDade, T. W. & Adam, E. K. (2012). Positive youth, healthy adults: Does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *Journal of Adolescent Health*, 50(1), 66-73. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.05.002
- Hultell, D. & Gustavsson, J. (2008). A psychometric evaluation of the satisfaction with life scale in a swedish nationwide sample of university students. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1070-1079. doi: 10.1016/j.paid.2007.10.030
- Hurtado-Valenzuela, J. G., y Álvarez-Hernández, G. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud del niño y del adolescente con obesidad. *Salud Mental*, 37(2), 119-125.
- Hy, L. X. & Loevinger, J. (1996). *Measuring ego development*. Nueva Jersey, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates.
- Iraurgi, C. I., Blánquez, A., Estévez, A., Gorbeña, A., Matellanes, B., y San Nicolás, S. (2012). Evaluación del grado de desadaptación y del proceso de adecuación psicosocial de menores en desventaja social. *BizkaiLab, Proyecto 5737*, 1-68.
- Jaramillo V. De, Giraldo C. V., Uribe T. M. (2001). Violencia conyugal. En: PE. Canas (Ed.), *Balance de los estudios sobre violencia en Antioquia* (p. 230-249). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597-605.

- Jiménez, T. (2006). *Familia y problemas de desajuste en la adolescencia: el papel mediador de los recursos psicosociales* (tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España. Recuperado de [http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis\\_terebel.pdf](http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_terebel.pdf)
- Johnson, E. L. (2011). *Protective factors and levels of resilience among college student* (tesis doctoral). Universidad de Alabama, Alabama, Estados Unidos.
- Johnson, J. L., Greaves, L. & Repta, R. (2009). Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal for Equity in Health*, 8, 1-11. doi: 10.1186/1475-9276-8-14
- Johnson, J. L. & Beaudet, A. (2013). Sex and gender reporting in health research: Why Canada should be a leader. *Canadian Journal of Public Health*, 104(1), e80-e81.
- Jones, E. (1922). Some problems of adolescence. *British Journal of Psychology*, 13(1), 31-47. doi: 10.1111/j.2044-8295.1922.tb00075.x
- Jorgensen, I. E. & Seedat, S. (2007). Factor structure of the Connor-Davidson resilience scale in South African adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(1), 23-32. doi: 10.1515/IJAMH.2008.20.1.23
- Joronen, K. & Åstedt-Kurki, P. (2005). Familial contribution to adolescent subjective well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 11(3), 125-133. doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00509.x
- Jovic-Vranes, A., Jankovic, J., Vasic, V. & Jankovic, S. (2011). Self-perceived health and psychological well-being among serbian schoolchildren and adolescents: Data from national health survey. *Central European Journal of Medicine*, 6(4), 400-406. doi: 10.2478/s11536-011-0035-z
- Kagitçibasi, Ç. (2000). Cultural contextualism without complete relativism in the study of human development. En A. L. Comunian y U. P. Gielen (Eds.), *International perspectives on human development* (pp. 97-115). Lengerich, Alemania: Pabst Science Publishers.



- Kalakoski, V. & Nurmi, J. E. (1998). Identity and educational transitions: Age differences in adolescent exploration and commitment related to education, occupation, and family. *Journal of Research on Adolescence*, 8(1), 29-47. doi: 10.1207/s15327795jra0801\_2
- Kang, M., Lessard, D. & Heston, L. (2012). Introduction to women, gender, sexuality studies. *Gender, Sexuality Studies Educational Material*. doi: [http://scholarworks.umass.edu/wost\\_ed\\_materials/1](http://scholarworks.umass.edu/wost_ed_materials/1)
- Karairmak, Ö. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 179(3), 350-356.
- Katz, P. A. & Ksansnak, K. R. (1994). Developmental aspects of gender role flexibility and traditionality in middle school childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 30(2), 272-282.
- Kerpelman, J. L., Eryigit, S. & Stephens, C. J. (2008). African american adolescents' future education orientation: Associations with self-efficacy, ethnic identity, and perceived parental support. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(8), 997-1008. doi: 10.1007/s10964-007-9201-7
- Kerpelman, J. L. & Mosher, L. S. (2004). Rural african american adolescents future orientation: The importance of self-efficacy, control and responsibility, and identity development. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 4(2), 187-208.
- Kiang, L. & Harter, S. (2006). Sociocultural values of appearance and attachment processes: An integrated model of eating disorder symptomatology. *Eating Behaviors*, 7(2), 134-151. doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.08.001
- Kiell, N. (1969). *The universal experience of adolescence*. Londres, Inglaterra: University of London Press.
- Kimmel, M. S. (2000). *The gendered society*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

- Klinge, I. & Bosch, M. (2005). Transforming research methodologies in EU life sciences and biomedicine: Gender-sensitive ways of doing research. *European Journal Women's Studies*, 12(3), 377-395. doi: 10.1177/1350506805054276
- Klingman, A. (1998). Psychological education: Studying adolescents' interests from their own perspective. *Adolescence*, 33(130), 435-436.
- Klomsten, A. T., Skaalvik, E. M. & Espnes, G. A. (2004). Physical self-concept and sports: Do gender differences still exist? *Sex Roles*, 50(1), 119-127. doi: 10.1023/B:SERS.0000011077.10040.9<sup>a</sup>
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11. doi: 10.1037/0022-3514.37.1.1
- Kohlberg, L. A. (1966). A cognitive developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes. En E. C. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 82-173). California, Estados Unidos: Stanford University Press.
- Kohlberg, L. A. (1981). *The philosophy of moral development: Moral stages and the idea of justice*. San Francisco, Estados Unidos: Harper & Row.
- Kohlberg, L. A. (1984). *The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages*. San Francisco, Estados Unidos: Harper & Row.
- Kolip, P. (2008). Gender sensitive health promotion and prevention. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51(1), 28-35. doi: 10.1007/s00103-008-0416-x
- Kon, I. S. (1990). *Psicología de la edad juvenil*. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
- Kotliarenco, M. A. (2006). Resiliencia: ¿Una mirada positiva frente a la adversidad? En A. Roizblatt (Ed), *Terapia familiar y de pareja* (pp. 719-732). Santiago de Chile, Chile: Editorial Mediterráneo.

- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., y Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resil6x9.pdf>
- Kozman, A., Stones, M. J., y Stone, S. (1997). Los enfoques de *top-down* y *bottom-up* del bienestar subjetivo. *Psychosocial Intervention*, 6(1), 77-90.
- Krattenmacher, T., Kühne, F., Führer, D., Beierlein, V., Brähler, E., Resch, F., Klitzing, K., Flechtner, H. H., Bergelt, C., Romer, G. & Möller, B. (2013). Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: A multicenter and multi-perspective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3), 252-259.
- Krauskopf, D. (1994). *Adolescencia y educación*. San José, Costa Rica: EUNED.
- Krauskopf, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31. Recuperado de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es)
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Madrid, España: Horas y Horas.
- La Guardia, J. & Ryan, R. M. (2002). What adolescents need: A self-determination theory perspective and development within families. School and Society. En M. V. Convington, *The will to learn. A guide for motivating young people* (pp. 193-219). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/234734670\\_What\\_Adolescents\\_Need\\_A\\_Self-Determination\\_Theory\\_Perspective\\_on\\_Development\\_within\\_Families\\_School\\_and\\_Society](https://www.researchgate.net/publication/234734670_What_Adolescents_Need_A_Self-Determination_Theory_Perspective_on_Development_within_Families_School_and_Society)
- Laham, M. (2006). *Escuchar al corazón, psicología cardíaca, actualización en psicocardiología*. Buenos Aires, Argentina: Lumiere.

- Lamas, H. (2008). Aprendizaje autorregulado, motivación y rendimiento académico. *Liberabit*, (14), 15-20. Recuperado de [http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE\\_14\\_1\\_aprendizaje-autorregulado-motivacion-y-rendimiento-academico.pdf](http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_14_1_aprendizaje-autorregulado-motivacion-y-rendimiento-academico.pdf)
- Lameiras-Fernández, M., y Rodríguez-Castro, Y. (2002). Evaluación del sexismo moderno en adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 17(2), 119-127.
- Lameiras-Fernández, M., López-López, W., Rodríguez-Castro, Y., D'Avila-Pereira, M. L., Lugo-Carro, I., Salvador-Barroca, C. M., y Mineiro, E. (2002). La ideología del rol sexual en países iberoamericanos. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 20, 37-44.
- Lamond, A. J., Depp, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J. & Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 43(2), 148-154. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.03.007
- Lang, F. R. & Carstensen, L. L. (2002). Time counts: Future time perspective, goals, and social relationships. *Psychology and Aging*, 17(1), 125-139. doi: 10.1037//0882-7974.17.1.125
- Lanz, M. & Rosnati, R. (2002). Adolescents' and young adults' construction of the future: Effects of family relations, self-esteem, and sense of coherence. En J. Trempała & L. E. Malmberg (Eds.), *Adolescents' future-orientation. Theory and research* (pp. 17-34). Fráncfort, Alemania: Peter Lang.
- Laplanche, J. (1996). *La prioridad del otro en psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Larson, R. (2000). Towards a psychology of optimal youth development. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Lasheras, L. M., Pires, A., y Rodríguez, G. (2006). Módulo 3: género y salud. Unidad de igualdad y género. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/ugen/node/306>

- Latorre, J. M., y Montañés, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 112-125. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/260655424>
- Leary, K. A. & DeRosier, M. E. (2012). Factors promoting positive adaptation and resilience during the transition to college. *Psychology*, 3(12), 1215-1222.
- Leiva, L., Encina, Y., y Pineda, M. (2013). Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de Psicología*, 22(2) 111-123. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26430690011>
- Lens, W. (1998). El rol de la perspectiva de tiempo futuro en la motivación estudiantil. *Persona*, (1), 67-94.
- Lens, W. & Moreas, M.-A. (1994). Future time perspective: An individual and a societal approach. En Z. Zaleski (Ed.), *Psychology of future orientation* (pp. 23-38). Lublin, Polonia: Towarzystwo Naukowe KUL.
- León, M. (2007). Tensiones presentes en los estudios de género. En M. Viveros (Ed.), *Género, mujeres y saberes, en América Latina: entre el movimiento social, la academia y el Estado* editado (pp. 23-46). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Lerner, R. M. & Galambos, N. L. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs and policies. *Annual Review of Psychology*, 49, 413-446.
- Levine, R. A. (2007). Ethnographic studies of childhood: A historical overview. *American Anthropologist*, 109(2), 247-260. doi: 10.1525/aa.2007.109.2.247
- Liang, J., Krause, N. M. & Bennett, J. M. (2001). Social exchange and well-being: Is giving better than receiving? *Psychology and Aging*, 16(3), 511-523. Recuperado de <http://search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/614388269?accountid=14514>

- Lila, M., Oliver, A., Catalá, A., Galiana, L. & Gracia, E. (2014). The intimate partner violence responsibility attribution scale (IPVRAS). *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, (6), 29-36.
- Lindfors, P., Solantaus, T. & Rimpelä, A. (2012). Fears for the future among finnish adolescents in 1983-2007: From global concerns to ill health and loneliness. *Journal of Adolescence*, 35(4), 991-999. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.02.003
- Linley, A., Joseph, S., Harrington, S. & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.
- Little, B. (1989). Personal projects analysis: trivial pursuits, magnificent obsessions and the search of coherence. En D. Buss & N. Cantor (Eds.), *Personality psychology. Recent trends and emerging directions* (pp. 15-31). Nueva York, Estados Unidos: Springer-Verlag.
- Liu, Y., Wang, Z. & Lü, W. (2013). Resilience and affect balance as mediators between trait emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 54(7), 850-855. doi: 10.1016/j.paid.2012.12.010
- Llamazares, L. (2006). Intereses académico profesionales y sociales de los jóvenes de entre 16 y 20 años de la ciudad de león. *Humanismo y Trabajo Social*, (5), 197-230.
- Loevinger, J. & Blasi, A. (1991). Development of the self as subject. En J. Strauss & G. Goethals (Eds.), *The self: Interdisciplinary approaches* (pp. 150-167). Nueva York, Estados Unidos: Springer-Verlag.
- Londoño, S. M., Nieto, V. I., y Villa, A. G. (2012). Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007. *Revista de Salud Pública = Journal of Public Health*, 14(6), 899-911.
- López-Cepero, J., Rodríguez-Díaz, F. J., Rodríguez-Franco, L., y Bringas-Molleda, C. (2013). Validación de la versión corta del Social Roles Questionnaire (SRQ-R) con una muestra adolescente y juvenil española. *Rema*, 18(1), 1-16.

- López-Cortón, A. (2015). *Factores predictores de procesos resilientes en jóvenes universitarios* (tesis doctoral). Universidad de Coruña, Galicia, España. doi: <http://hdl.handle.net/2183/15355>
- López, J. A. (2015). A critical analysis of the concept of resilience in psychology. *Anales de Psicología*, 31(3), 751-758. doi: <http://0-dx.doi.org/cisne.sim.ucm.es/10.6018/analesps.31.3.185631>
- Lozano, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última década*, 22(40), 11- 36. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19531682002>
- Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.616
- Lueptow, L. B., Garovich-Szabo, L. & Lueptow, M. B. (2001). Social change and the persistence of sex typing: 1974-1997. *Social Forces*, 80(1), 1-36. doi: 10.1353/sof.2001.0077
- Lupano, P. L., y Castro, S. A. (2010). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 43-56. Recuperado de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212010000100005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212010000100005&lng=es&tlng=es)
- Luthar, S. S. & Cushing, G. (1999). *Resilience and development: Positive life adaptations*. Nueva York, Estados Unidos: Plenum Publishers.
- Luthar, S. S. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Lyons, J. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, (4), 93-111. doi: 10.1007/BF00976011
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does

- happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803
- MacLeod, A. K., Coates, E. & Hetherington, J. (2008). Increasing well-being through teaching goal setting and planning skills: Results of a brief intervention. *Journal of Happiness Studies*, 9(2), 185-196. doi: 10.1007/s10902-007-9057-2
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F. & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1046-1053. doi: 10.1037/0022-3514.65.5.1046
- Mahoney, J. L. & Stattin, H. (2000). Leisure activities and adolescent antisocial behavior: The role of structure and social context. *Journal of Adolescence*, 23(2), 113-127. doi: 10.1006/jado.2000.0302
- Mahoney, J. L., Larson, R. W., Eccles, J. S. & Lord, H. (2005). Organized activities as developmental contexts for children and adolescents. En J. L. Mahoney, R. W. Larson & J. S. Eccles (Eds.), *Organized activities as contexts of development* (pp. 3-22). Nueva Jersey, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates.
- Malkowska, A., Mazur, J. & Woynarowska, B. (2004). Level of perceived social support and quality of life in children and adolescents aged 8-18 years. *Med Wieku Rozwoj*, 8(1), 551-566.
- Malmberg, L. E. (2002). Adolescents' biased means and future expectations. En J. Trempała & L. E. Malmberg (Eds.), *Adolescents' future-orientation: Theory and research* (pp. 79-98) Fráncfort, Alemania: Peter Lang.
- Malmberg, L. E. & Trempała, J. (1997). Anticipated transition to adulthood: The effect of educational track, gender, and self-evaluation on finnish and polish adolescents' future orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(5), 517-537. doi: 10.1023/A:1024577805149
- Malmberg, L. E., Ehrman, J. & Lithén, T. (2005). Adolescents' and parents' future beliefs. *Journal of Adolescence*, 28(6), 709-723. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.12.007



- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., y Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.). (2003), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 17-28). Madrid, España: Gedisa.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P. & Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive symptoms during adolescence: Role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(1), 29-42. doi: 10.1177/106342660201000104
- Marina, J. A. (2014). *El talento de los adolescentes*. Barcelona, España: Ariel.
- Marina, J. A. (noviembre de 2005). *La adolescencia como producto diseñado por el mundo adulto*. Congreso Ser Adolescente Hoy. Madrid, España. Recuperado de [http://www.fad.es/sites/default/files/CSAH\\_P.pdf](http://www.fad.es/sites/default/files/CSAH_P.pdf)
- Marina, J. A., Rodríguez de C., y Lorente, A. M. (2015). *Nuevo paradigma adolescente*. Madrid, España: Centro Reina Sofía.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2012). La formación en psicología positiva en la Universidad de Palermo. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 4(1), 21-30.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2014). De la epidemiología psiquiátrica a la psicología positiva. historia de la trayectoria científica de María Martina Casullo. *Universitas Psychologica*, 13(5), 1893-1904. Recuperado de <http://0-search.proquest.com/cisne.sim.ucm.es/docview/1771627197?accountid=14514>
- Marjoribanks, K. (1998). Family capital, children's individual attributes, and adolescents' aspirations: A follow-up analysis. *The Journal of Psychology*, 132(3), 328-336. doi: 10.1080/00223989809599171
- Marjoribanks, K. (1999). Environmental and individual influences on adolescents, aspirations: A moderation-mediation model. *Learning Environments Research*, 2(1), 43-63. doi: 10.1023/A:1009957806919

- Marjoribanks, K. (2002). Family background, individual and environmental influences on adolescents' aspirations. *Educational Studies*, (28), 33-46. doi: doi.org/10.1080/03055690120090361
- Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, (41), 954-969. doi: 10.1037/0003-066X.41.9.954
- Martin, A. J. (2004). School motivation of boys and girls: Differences of degree, differences of kind, or both? *Australian Journal of Psychology*, 56(3), 133-146. doi: 10.1080/00049530412331283363
- Martín, M. Á. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, (6), 18-39.
- Martínez, P. (2004). Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología*, 22(2), 215-252. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1112231>
- Martínez, J. (2013). Los rasgos subjetivos en la conformación de perspectivas temporales de futuro en un grupo de jóvenes. *Revista de Psicología GEPU*, 4(1), 38-61.
- Martínez, P., y Morote, R. (2012). Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología*, 19(2), 211-236.
- Martinnen, E. & Salmela-Aro, K. (2012). Personal goal orientations and subjective well-being of adolescents. *Japanese Psychological Research*, 54(3), 263-273. doi: 10.1111/j.1468-5884.2012.00521.x
- Marulanda, S. & Addington, J. (2016). Resilience in individuals at clinical high risk for psychosis: Resilience and clinical high risk. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(3), 212-219. doi: 10.1111/eip.12174
- Maslow, A. (1972). *El hombre autorrealizado*. Barcelona, España: Kairós.

- Massey, E. K., Gebhardt, W. A. & Garnefski, N. (2008). Adolescent goal content and pursuit: A review of the literature from the past 16 years. *Developmental Review*, 28(4), 421-460. doi: 10.1016/j.dr.2008.03.002
- Massey, E. K., Gebhardt, W. A. & Garnefski, N. (2009). Self-generated goals and goal process appraisals: Relationships with sociodemographic factors and well-being. *Journal of Adolescence*, 32(3), 501-518. doi: 10.1016/j.adolescence.2008.07.003
- Masten, A. S. (2006). Promoting resilience in development: A general framework for systems of care. En R. J. Flynn, P. M. Dudding & J. G. Barber (Eds.), *Promoting resilience in child welfare* (pp. 3-17). Ottawa, Canada: University of Ottawa Press.
- Masten, A. S. (2014). Invited commentary: Resilience and positive youth development frameworks in developmental science. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(6), 1018-1024. doi: 10.1007/s10964-014-0118-7
- Mathiesen, M. E., Castro, G., Merino, J. M., Mora, O., y Navarro, G. (2013). Diferencias en el desarrollo cognitivo y socioemocional según sexo. *Estudios Pedagógicos*, 39(2), 199-211. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052013000200013>
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., Ibáñez, I., y López, M. (2009). Roles de género y salud de mujeres y hombres. *Análisis y Modificación de Conducta*, 35(152), 37-48.
- Mau, W. & Bikos, L. H. (2000). Educational and vocational aspirations of minority and female students: A longitudinal study. *Journal of Counseling & Development*, 78(2), 186-194. doi: 10.1002/j.1556-6676.2000.tb02577.x
- McCabe, K. & Barnett, D. (2000). First comes work, then comes marriage: Future orientation among african american young adolescents. *Family Relations*, 49(1), 63-70. doi: 10.1111/j.1741-3729.2000.00063.x
- McClelland, D. C. (1985). How motives, skills, and values determine what people do. *American Psychologist*, 40(7), 812-825. doi: 10.1037/0003-066X.40.7.812

- Mead, G. H. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago, Estados Unidos: University of Chicago Press.
- Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa*. Nueva York, Estados Unidos: Morrow.
- Mead, M. (1990). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Melillo, A., Suárez, O. E., y Rodríguez, D. (2004). *Resiliencia y subjetividad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Melillo, A. C. (2007). El desarrollo psicológico del adolescente y la resiliencia. En M. Munist, N. E. Suárez Ojeda, D. Krauskopf y T. Silber (Comps). *Adolescencia y Resiliencia* (pp. 61-79). Buenos Aires: Paidós.
- Messing, K. & Mager, J. (2006). Sex, gender and women's occupational health: The importance of considering mechanism. *Environmental Research*, 101(2), 149-162. doi: 10.1016/j.envres.2005.03.015
- Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16(4), 347-413. doi:10.1007/BF00333288
- Mier, V. N., y Rodríguez, M. S. (2013). *Propiedades psicométricas de la SWLS en estudiantes de San Juan de Pasto* (tesis de grado). Facultad de Ciencias Humanas, Programa de Psicología, Universidad de Nariño, Nariño, Colombia.
- Ministerio de Salud (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá, Colombia: Javegraf. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/>
- Ministerio de Salud Pública (1998). *La salud pública en Cuba. Hechos y cifras*. La Habana, Cuba: Oficina Nacional de Estadísticas.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Metodología de la Encuesta Nacional de Salud de 2006*. Madrid, España. Recuperado de <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

- Miranda, A., y Corica, A. (2008). *Ocupaciones extra-escolares y trayectorias escolares de los jóvenes estudiantes: entre la escuela y el trabajo*. V Jornadas de Sociología. Universidad Nacional de La Plata, Ciudad de La Plata, Argentina.
- Montero, V. D. (2010). *Resiliencia en adolescentes: análisis diferencial del bienestar subjetivo y la perspectiva temporal futura* (tesis de maestría). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Mora, S. M. (2012). *Fortalezas de carácter y resiliencia en estudiantes de medicina de la Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela* (disertación doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10486/11241>
- Morales, N. M., y González, G. A. (2014). Resiliencia-Autoestima-Bienestar psicológico y capacidad intelectual de estudiantes de cuarto medio de buen rendimiento de liceos vulnerables. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 40(1), 215-228. doi: 10.4067/S0718-07052014000100013
- Morales, R. M., y Díaz, B. D. (2011). Estudio comparativo de la resiliencia en adolescentes: el papel del género, la escolaridad y procedencia. *Uaricha. Revista de Psicología*, 8(17), 62-77.
- Morcillo, V., De Lorenzo-Cáceres, A., Ruiz de León, P., Rodríguez, R., y Torijano, M. J. (2014). Desigualdades en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 511-521. doi :10.1016/j.gaceta.2014.05.008
- Moreno, J. A., y Vera, J. A. (2008). Un estudio experimental de las diferencias por género en la percepción de competencia a partir de la cesión de responsabilidad en las clases de educación física. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46(8), 1-10.
- Moreno, J. A., Moreno, R., y Cervelló, E. (2013). El autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente activo. *Psicología y Salud*, 17(2), 261-267.
- Mota, J., Santos, M. P. & Ribeiro, J. C. (2008). Differences in leisure time activities according to level of physical activity in adolescents. *Journal of Physical Activity & Health*, 5(2), 286-293.

- Moya, M. (2004). Actitudes sexistas y nuevas formas de sexismo. En E. Barberá y I. Martínez-Benlloch (Eds.), *Psicología y género* (pp. 271-294). Madrid, España: Pearson.
- Muñoz, C. (2015). Perspectiva psicológica del bienestar subjetivo. *Psicogente*, 10(18), 163-173.
- Muñoz, V. F. (2000). *Adolescencia y agresividad* (tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.56
- Myers, D. G. & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6(1), 10-19. doi: 10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x
- Naciones Unidas (septiembre de 1995). Informe de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, China. Recuperado de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- Newberry, A. L. & Duncan, R. D. (2001). Roles of boredom and life goals in juvenile delinquency. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(3), 527-541. doi: 10.1111/j.1559-1816.2001.tb02054.x
- Nieuwenhoven, L. & Klinge, I. (2010). Scientific excellence in applying sex-and gender-sensitive methods in biomedical and health research. *Journal of Women's Health* (2002), 19(2), 313-321. doi: 10.1089/jwh.2008.1156
- Notario-Pacheco, B., Solera, M., Serrano, M. D., Bartolomé, R., García-Campayo, J. & Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10 item Connor –Davidson Resilience Scale (10 item CDRISC) in young adults. *Health Quality Life Outcomes*, (9), 63-68.

- Núñez, J., Martín-Albo, J., y Domínguez, E. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en sujetos practicantes de actividad física. *Revista de Psicología del Deporte*, (19), 291-304. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235116352009>
- Nurmi, J. E. (1987). Age, sex, social class, and quality of family interaction as determinants of adolescents' future orientation: A developmental task interpretation. *Adolescence*, 22(88), 977-991.
- Nurmi, J. E. (1989). Development of orientation to the future during early adolescence: a four-year longitudinal study and two cross-sectional comparisons. *International Journal of Psychology*, 24(1-5), 195-214. doi: 10.1080/00207594.1989.10600042
- Nurmi, J. E. (1991). How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning. *Developmental Review*, 11(1), 1-59. doi: 10.1016/0273-2297(91)90002-6
- Nurmi, J. E. (1993). Adolescent development in an age-graded context: The role of personal beliefs, goals, and strategies in the tackling of developmental tasks and standards. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 169-189.
- Nurmi, J. E. (1994). The development of future-orientation in a life-span context. En Z. Zaleski (Ed.), *Psychology of future orientation* (pp. 20-616). Lublin, Polonia: Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Nurmi, J. E. (2001). *Navigating through adolescence: European perspectives*. Abingdon, Reino Unido: Routledge.
- Nurmi, J. & Pulliainen, H. (1991). The changing parent-child relationship, self-esteem, and intelligence as determinants of orientation to the future during early adolescence. *Journal of Adolescence*, 14(1), 35-51. doi: 10.1016/0140-1971(91)90044-R

- Nurmi, J., Poole, M. E. & Kalakoski, V. (1994). Age differences in adolescent future-oriented goals, concerns, and related temporal extension in different sociocultural contexts. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(4), 471-487. doi: 10.1007/BF01538040
- Nurmi, J., Poole, M. E. & Seginer, R. (1995). Tracks and Transitions-A comparison of adolescent future-oriented goals, explorations, and commitments in Australia, Israel, and Finland. *International Journal of Psychology*, 30(3), 355-375. doi: 10.1080/00207599508246575
- Nurmi, J., Salmela-Aro, K. & Aunola, K. (2009). Personal goal appraisals vary across both individuals and goal contents. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 498-503. doi: 10.1016/j.paid.2009.04.028
- Nuttin, J. (1973). *La estructura de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.
- Nuttin, J. (1979). *El psicoanálisis y la concepción espiritualista del hombre*. Buenos Aires, Argentina: EUDEBA.
- Nuttin, J. (1982). *Teoría de la motivación humana*. Barcelona, España: Paidós.
- Nuttin, J. (1985). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. Nueva Jersey, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates.
- Nuttin, J. & Lens, W. (1985). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. Lovaina, Bélgica: Leuven University Press and Erlbaum.
- Nuttin, J., Lorion, R. P. & Dumas, J. E. (1984). *Motivation, planning, and action: A relational theory of behavior dynamics*. Lovaina, Bélgica: Leuven University Press.
- Nuviala, A., Ruiz, F., y Nuviala, R. (2010). Actividad física y autopercepción de la salud en adolescentes. *Pensar en Movimiento. Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, (1), 34-41. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pem>
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A. & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical



- and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362. doi: 10.1080/1360500114415
- O'Donnell, M. P. (1989). Definition of health promotion: part III: expanding the definition. *American Journal of Health Promotion*, (3), 3-5.
- Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A. & Zumbo, B. D. (2011). Life satisfaction in early adolescence: Personal, neighborhood, school, family, and peer influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(7), 889-901. doi: 10.1007/s10964-010-9599-1
- Oblitas, L. A. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Psicología*, 26(2), 219-254. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472008000200002&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472008000200002&lng=pt&tlng=es)
- Ogilvie, D. M., Rose, K. M. & Heppen, J. B. (2001). A comparison of personal project motives in three age groups. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(3), 207-215. doi: 10.1207/S15324834BASP2303\_7
- Oishi, S. (2000). Goals as Cornerstones of subjective well-being: Linking individuals and cultures. En E. Diener, E. & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 87-112). Cambridge, Estados Unidos: MIT Press.
- Oliva, A., Antolín, L., Pertegal, M. A., Ríos, M., Parra, A., Hernando, A., y Reina, M. C. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Sevilla, España: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A., y Pertegal, M. A. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 33(2), 223-234.
- Oliver i Ricart, Q., Bonetti, J. P., y Artagaveytia, L., (2006). *Adolescencia y participación. Palabras y juegos*. Montevideo, Uruguay: UNICEF.

- Omar, A. (2006). Las perspectivas de futuro y sus vinculaciones con el bienestar y la resiliencia en adolescentes. *Psicodebate. Psicología Cultura y Sociedad*, 7(1), 141-154. doi: 10.18682/pd.v7i0.432
- Omar, A., Paris, L., Aguiar de Souza, M., Almeida da Silva, S., y Del Pino-Piña, R. (2009). Validación del inventario de bienestar subjetivo con muestras de jóvenes y adolescentes argentinos, brasileros y mexicanos. *Suma Psicológica*, 16, 69-84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131006.pdf>
- Omar, A., Paris, L., Uribe, H., Almeida da Silva, S., y Aguiar de Souza, M. (2011). Un modelo explicativo de resiliencia en jóvenes y adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 269-277. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122138010>
- OMS (2006). *WHO Orientation programme on adolescent health for health care providers*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. doi: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9241591269/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591269/)
- OMS (1946). Preámbulo de la constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, Estados Unidos. Recuperado de <http://www.who.int/about/mission/es/>
- Orcasita, L. T., y Uribe, A. F. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa, Canadá: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe anual de la directora de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Recuperado de <http://www.paho.org/annual-report-2015/Espanol.html>
- Ossa, E. J., Arango, E. F., Velásquez, C. M., Muñoz, A. M., Estrada, A., Bedoya, G., Patiño, F., y Agudelo, G. M. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de adolescentes de Medellín (Colombia): Asociación con aspectos sociodemográficos, exceso de peso u obesidad y actividad física. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 256-267.

- Recuperado de <http://0-search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/1677204701?accountid=14514>
- Padrós, F., Gutiérrez, C. Y., y Medina, M. A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 221-230. doi: [dx.doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04](https://doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04)
- Pajares, F. & Valiante, G. (2001). Gender differences in writing motivation and achievement of middle school students: A function of gender orientation? *Contemporary Educational Psychology*, 26(3), 366-381. doi: [10.1006/ceps.2000.1069](https://doi.org/10.1006/ceps.2000.1069)
- Pallarés, M. (2012). La cultura de género en la actualidad: actitudes del colectivo adolescente hacia la igualdad. *Tendencias pedagógicas*, 1(19), 189-209.
- Palys, T. S. & Little, B. R. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal project systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(6), 1221-1230. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/1295946881?accountid=14514>
- Pan, J. & Chan, L. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology. *Psychologia an International Journal of Psychological Sciences*, 50(3), 164-176. doi: [10.2117/psysoc.2007.164](https://doi.org/10.2117/psysoc.2007.164)
- Parsons, A., Frydenberg, E. & Poole, C. (1996). Overachievement and coping strategies in adolescent males. *British Journal of Educational Psychology*, (66), 109-186.
- Pasqualini, D., y Llorens, A. (2010). *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud .
- Pastor, Y., y Balaguer, I. (2001). Relaciones entre autoconcepto, deporte y competición deportiva en los adolescentes valencianos. Recuperado de [www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/57/index.html](http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/57/index.html)

- Patton, W., Bartrum, D. A. & Creed, P. A. (2004). Gender differences for optimism, self-esteem, expectations and goals in predicting career planning and exploration in adolescents. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 4(2), 193-209. doi: 10.1007/s10775-005-1745-z
- Pavot, W. & Diener, E. D. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172. doi: 10.1037/1040-3590.5.2.164
- Pavot, W., Diener, E. D., Colvin, C. R. & Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161.
- Pennebaker, J. (2000). Psychological factors influencing the reporting of physical symptoms. En A. Stone, J. Turkkan, C. Bachrach, J. Jobe, H. Kurtzman & V. Cain (Eds.), *The science of self-report: Implications for research and practice* (pp. 299-315). Nueva Jersey, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates.
- Petersen, A. C. & Leffert, N. (1995). What is special adolescence. En M. Rutter (Ed.), *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention* (pp. 85-106). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44-55. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.44
- Philippe, F. L., Lecours, S. & Beaulieu-Pelletier, G. (2009). Resilience and positive emotions: Examining the role of emotional memories. *Journal of Personality*, 77(1), 139-176. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00541.x
- Phillips, S. P. (2008). Measuring the health effects of gender. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(4), 368-371. doi: 10.1136/jech.2007.062158
- Phillips, S. P. & Hamberg, K. (2016). Doubly blind: a systematic review of gender in randomised controlled trials. *Global Health Action*, (9). doi: 10.3402/gha.v9.29597. <http://doi.org/10.3402/gha.v9.29597>

- Phinney, J. S., Baumann, K. & Blanton, S. (2001). Life goals and attributions for expected outcomes among adolescents from five ethnic groups. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, (23), 363-377. doi: 10.1177/0739986301234002
- Piaget, J. (1972). *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires, Argentina: Psique.
- Pikó, B. F. & Keresztes, N. (2006). Physical activity, psychosocial health and life goals among youth. *Journal of Community Health*, 31(2), 136-145. doi: 10.1007/s10900-005-9004-2
- Pikó, B. F. & Keresztes, N. (2007). Self-perceived health among early adolescents: Role of psychosocial factors. *Pediatrics International*, 49(5), 577-583. doi: 10.1111/j.1442-200X.2007.02430.x
- Pinto, G. D., Villagra, A. H., Moya, M. J., Vecino, J. & Pires, J. R. (octubre de 2010). Age and gender differences in health-related quality of life of adolescents from Latin America countries. *VII Congreso de la Asociación Internacional de Escuelas Superiores de Educación Física (AIESEP)*. Coruña, España.
- Piña, J. A. (2014). La psicología positiva: ¿ciencia y práctica de la psicología? *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 144-158.
- Pozo, C., Martos, M. J., y Alonso, E. (2010). ¿Manifiesta actitudes sexistas el alumnado de enseñanza secundaria? *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 541-560.
- Prado, R., y Del Águila, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona. Revista de la Facultad de Psicología*, (6), 179-196.
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82. Recuperado de <http://0search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/1020569423?accountid=14514>

- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 155-170. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/1549551611?accountid=14514>
- Quiroga, M. Á., y Sánchez-López, M. P. (1997). Análisis de la insatisfacción familiar. *Psicothema*, 9(1) 69-82. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72790107>
- Rajmil, L., Estrada, M. D., Herdman, M., Serra-Sutton, V., y Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15(4), 34-43.
- Rajmil, L., Serra-Sutton, V., Alonso, J., Herdman, M., Riley, A. & Starfield, B. (2003). Research group for the spanish version of the CHIP-AE. The spanish version of the child health and illness profile-adolescent edition (CHIP-AE™). *Quality of Life Research*, 12(3), 303-313. doi: 10.1023/A:1023220912211
- Ramírez, E. (2016). *Psicopatología e imagen corporal y su relación con constructos salutogénicos en la adolescencia* (tesis de doctorado). Universidad de Valencia, Valencia, España. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/50907>
- Ramírez, J. C., y López, G. C. (2013). Hombres y mujeres jóvenes ante las creencias de género: ¿flexibilidad y/o resistencia? *Culturales*, 1(1), 143-176.
- Ramos, P., Moreno, C., Rivera, F. & Pérez, P. J. (2010). Integrated analysis of the health and social inequalities of spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (1), 477-498.
- Rapkin, B. D. & Fischer, K. (1992). Framing the construct of life satisfaction in terms of older adults' personal goals. *Psychology and Aging*, 7(1), 138-149. doi: 10.1037/0882-7974.7.1.138
- Reigal, R. E., y García, A. V. (2011). Frecuencia de práctica física y autoconcepto físico multidimensional en la adolescencia. *Apunts. Educació Física i Esports*, (105), 28-34.

- Recuperado de <http://0-search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/1330861017?accountid=14514>
- Reina, M. C., Oliva, A., y Parra, Á. (2010). Percepciones de autoevaluación: autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society Education*, 2(1), 55-69.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. doi: 10.1002/jclp.10020.
- Richardson, G. E., Neiger, B., Jensen, S. & Kumpfer, K. (1990). The resiliency model. *Health Education*, (21), 33-39.
- Rijavec, M., Brdar, I. & Miljković, D. (2006). Extrinsic vs. intrinsic life goals, psychological needs, and well-being. En A. Delle (Ed.), *Dimesions of well-being: Research and interventions* (pp. 91-104). Milán, Italia: Franco Angeli.
- Rijavec, M., Brdar, I. & Miljkovic, D. (2011). Aspirations and well-being: extrinsic vs. intrinsic life goals. *Drustvena Istrazivanja*, 20(3), 693-710. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/915685262?accountid=14514>
- Ríos, O., y Christou, M. (2010). Más allá del lenguaje sexista: actos comunicativos en las relaciones afectivo-sexuales de los y las adolescentes. *Revista Signos*, 43(2), 311-326.
- Rivas de Mora, (2012). *Fortalezas de carácter y resiliencia en estudiantes de medicina de la universidad de los andes. Mérida, Venezuela* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.
- Rivière, Á. (1984). La psicología de Vygotski: sobre la larga proyección de una corta biografía. Infancia y aprendizaje. *Journal for the Study of Education Development*, 27(28), 7-87. doi: org/10.1080/02103702.1984.10822043

- Rodríguez, A., Goñi, A., y Ruiz de Azúa, S. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Intervención Psicosocial*, 15(1), 81-94.
- Rodríguez-Corredor, C., y Arango-Alzate, C. M. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes integrantes de hogares desconectados de los servicios públicos domiciliarios, Comuna 3. Medellín (Colombia). *Revista Gerencia. Políticas*, 12(25), 113-132. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n25/v12n25a09.pdf>
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., y Fernández-Zabala, A. (2015). Relaciones de la resiliencia con el autoconcepto y el apoyo social percibido en una muestra de adolescentes. *Acción Psicológica*, 12(2), 1-12. doi: 10.5944/ap.12.2.14903
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., Fernández-Zabala, A., y Revuelta, L. (2016). Resiliencia e implicación escolar en función del sexo y del nivel educativo en educación secundaria. *Aula Abierta*, 44(2), 77-82. doi: 10.1016/j.aula.2015.09.001
- Rodríguez, A. (2009a). Autoconcepto físico y bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 14(1), 155-158.
- Rodríguez, A. M. (2009b). Resiliencia. *Revista Psicopedagogía*, 26(80), 291-302.
- Rodríguez, M., Vila, R., y Freixa, M. (2008). Barreras de género y actitudes hacia las redes sociales en alumnado universitario de las facultades de educación. *Revista de Investigación Educativa*, 26(1), 45-72.
- Rodríguez, P. A. & Ibarra, M. E. (2013). Los estudios de género en Colombia. Una discusión preliminar. *Sociedad y Economía*, (24), 15-46. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-63572013000100002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-63572013000100002&lng=en&tlng=es).
- Rodríguez, Y., Lameiras, M., Carrera, M., y Failde, J. (2010). Evaluación de las actitudes sexistas en estudiantes españoles/as de educación secundaria obligatoria. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(1), 11-24.



- Romero, T. B., Pinzón, C. D. D., y Acosta, P. K. J. (2016). Satisfacción con la vida y resiliencia en jóvenes en extraedad escolar. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(2), 43-53. doi: <http://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/749>
- Roth, J. L. & Brooks-Gunn, J. (2003). What exactly is a youth development program? answers from research and practice. *Applied Developmental Science*, 7(2), 94-111. doi: 10.1207/S1532480XADS0702\_6
- Rousseau, J.-J. (1973). *Emilio, o de la educación*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Ruiz-Juan, F., y Ruiz-Risueño, J. (2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. *Anales de Psicología*, 27(2), 350-359.
- Ruiz-Prieto, I., Carbonero-Carreño, R., y Jáuregui-Lobera, I. (2015). Auto-percepción del estado ponderal y la forma física y su relación con el nivel de actividad física realizado, conductas alimentarias y bienestar psicosocial. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 203-216. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3305%2Fnh.2015.31.1.8119>
- Rumbaut, R. G. & Cornelius, W. A. (1995). *The new californians: Comparative research findings on the educational progress of immigrant children*. San Diego, Estados Unidos: Universidad de California.
- Rumbaut, R. G. (2000). Transformations: The post-immigrant generation in an age of diversity. *In Defense of the Alien*, (23), 229-259.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, (25), 173-180. doi: 10.1192/bjp.147.6.598
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.

- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-44. doi: <http://0-dx.doi.org.cisne.sim.ucm.es/10.1017/S0954579412000028>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.68
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi:n10.1037//0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Sagone, E. & Caroli, M. E. (2014). Relationships between psychological well-being and resilience in middle and late adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 141, 881-887.
- Salguero, J., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., y Palomera, R. (2015). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: el papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1989/ejep.v4i2.84>
- Salmela-Aro, K. (2001). Personal goals during a transition to adulthood. En J-E. Nurmi (Ed.), *Navigation through adolescence* (pp. 59-84). Nueva York, Estados Unidos: Routledge Falmer.

- Salmela-Aro, K. (2010). Personal goals and well-being: How do young people navigate their lives? *New Directions For Child & Adolescent Development*, (130), 13-26. doi: 10.1002/cd.278
- Salmela-Aro, K. & Nurmi, J. (1997). Goal contents, well-being, and life context during transition to university: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 20(3), 471-491. doi: 10.1080/016502597385234
- Salmela-Aro, K., Pennanen, R. & Nurmi, J. E. (2001). Self-focused goals: What they are, how function, and how they relate to well-being. En P. Schmuck & K. M. Sheldon (Eds.), *Life goals and well-being* (pp. 148-166). Seattle, Estados Unidos: Hogrefe & Huber.
- Salmela-Aro, K., Vuori, J. & Koivisto, P. (2007). Adolescents' motivational orientations, school-subject values, and well-being: A person-centered approach. *Hellenic Journal of Psychology*, 4(3), 310-330.
- Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Belgrano.
- Sánchez-Cánovas, J. (1994). *Escala de bienestar psicológico*. Barcelona, España: Tea Ediciones.
- Sánchez-Cánovas, J. (2007). *Escala de bienestar psicológico*. Madrid, España: TEA.
- Sánchez-López, M. P., y Casullo, M. M. (2000). Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana. Madrid, España/Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Sánchez-López, M. P., Aparicio, M., y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Sánchez-López, M. P. & Limiñana-Gras, R. (2017). Health from a gender perspective: The state of art. En *Psychology of gender and health. Conceptual and applied global concerns* (pp. 1-152). Nueva York, Estados Unidos: Elsevier/Academic Press.

- Sánchez-López, M. P. (2016). Enfoque de género aplicado al estudio de la salud. *Boletín ECOS*, (34), 1-7. Recuperado de <http://www.fuhem.es/ecosocial/boletin-ecos/numero.aspx?n=34>
- Sánchez-Sandoval, Y. & Verdugo, L. (2016). Development and validation of the adolescent future expectations scale. *Anales de Psicología*, 32(2), 545-554. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.205661>
- Sánchez, B., Colón, Y. & Esparza, P. (2005). The role of sense of school belonging and gender in the academic adjustment of latino adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 619-628. doi: 10.1007/s10964-005-8950-4
- Sanderson, C. A. & Cantor, N. (1997). Creating satisfaction in steady dating relationships: The role of personal goals and situational affordances. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1424-1433. doi: 10.1037/0022-3514.73.6.1424
- Sanz de Acedo, M. L., Lombreras, M. V., y Ugarte, M. D. (2003). Desarrollo y validación de un cuestionario de metas para adolescentes. *Psicothema*, 15(3), 493-499.
- Sau, V. (1996). Estrés, salud mental y psicología de género. Documento mujeres, trabajo y salud. *Quaderns CAPS*, (24), 21-24.
- Scales, P. C., Benson, P. L., Leffert, N. & Blyth, D. A. (2000). Contribution of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. *Applied Developmental Science*, 4(1), 27-46. doi: 10.1207/S1532480XADS0401\_3
- Schimmack, U. (2008). The structure of subjective wellbeing. En M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 97-123). Nueva York, Estados Unidos: Guilford.
- Schmuck, P. (2001). Intrinsic and extrinsic life goals preferences as measured via inventories and via priming methodologies: Mean differences and relations with well-being. En P. Schmuck & K. M. Sheldon (Eds.), *Life goals and well-being* (pp.132-147). Ashland, Estados Unidos: Hogrefe and Huber Publishers.

- Schoon, I. & Parsons, S. (2002). Teenage aspirations for future careers and occupational outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, (6), 262-288.
- Schroevers, M., Kraaij, V. & Garnefski, N. (2007). Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 413-423. doi: 10.1016/j.paid.2006.12.009
- Seginer, R. (2009). *Future orientation: Developmental and ecological perspectives*. Nueva York, Estados Unidos: Springer Series.
- Seginer, R., Vermulst, A. & Shoyer, S. (2004). The indirect link between perceived parenting and adolescent future orientation: A multiple-step model. *International Journal of Behavioral Development*, 28(4), 365-378.
- Seligman, M. E. (1999). The president's address. *American Psychologist*, (54), 559-532.
- Seligman, M. E. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Vergara.
- Seligman, M. E. (2011). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. Nueva York, Estados Unidos: Vintage Books.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Seligman, M. E. P., Linley, P. A., Joseph, S. & Boniwell, I. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *Psychologist*, 16(3) 126-127. Recuperado de <http://0search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/211861487?accountid=14514>
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. doi: 10.1037/0003-066X.60.5.410
- Serra-Sutton, V., Rajmil, L., Aymerich, M. & Estrada, M. D. (2004). Desigualtats de gènere en la percepció de la salut durant l'adolescència. *Annals de Medicina*, 87, 25-29.

- Sex and gender analysis policies of major granting agencies (2015). Recuperado de <https://genderedinnovations.stanford.edu/sex-and-gender-analysis-policies-major-granting-agencies.html>
- Sheldon, K. M. & Elliot, A. J. (2000). Personal goals in social roles: Divergences and convergences across roles and levels of analysis. *Journal of Personality*, 68(1), 51-84. doi: 10.1111/1467-6494.00091
- Sheldon, K. M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.216
- Silva, A. D., Taveira, M., Marques, C. & Gouveia, V. V. (2015). Satisfaction with life scale among adolescents and young adults in Portugal: Extending evidence of construct validity. *Social Indicators Research*, 120(1), 309-318. doi: 10.1007/s11205-014-0587-9
- Skorikov, V. B. & Vondracek, F. (2007). *Vocational identity*. En V. B. Skorikov & W. Patton (Eds.), *Career development in childhood and adolescence* (pp. 143-168). Róterdam, Países Bajos: Sense Publishers.
- Sola, A., y Martínez, I. (2003). El cuestionario de actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG): elaboración y estudio psicométrico. *Anuario de Psicología*, 34(1), 101-124.
- Somers, C. L. & Gizzi, T. J. (2001). Predicting adolescents' risky behaviors: The influence of future orientation, school involvement, and school attachment'. *Adolescent & Family Health*, 2(1), 3-11.
- Stassen, B. K. (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Madrid, España: Panamericana.
- Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453. doi: 10.3200/JACH.56.4.445-454

- Stone, L. J., y Church, J. (1959). *Niñez y adolescencia: psicología de la persona que crece*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Stubbe, J. H., De Moor, M. H. M., Boomsma, I. & De Geus, J. C. (2007). The association between exercise participation and well-being: A co-twin study. *Preventive Medicine*, 44, 148-152. doi: 10.1016/j.ypmed.2006.09.002
- Su-hao, T. & Liao, P. (2005). Gender differences in gender-role attitudes: A comparative analysis of Taiwan and coastal china. *Journal of Comparative Family Studies*, 37(4), 619-624. Recuperado de <http://0-search.proquest.com/cisne.sim.ucm.es/docview/232581934?accountid=14514>
- Suárez-Orozco, C. & Suárez-Orozco, M. (1995). *Transformations: Immigration, family life, and achievement motivation among latino adolescents*. California, Estados Unidos: Stanford University Press.
- Sun, R. C. F. & Shek, D. T. L. (2012). Positive youth development, life satisfaction and problem behaviour among chinese adolescents in Hong Kong: A replication. *Social Indicators Research*, 105(3), 541-559. doi: 10.1007/s11205-011-9786-9
- Swami, V. & Chamorro-Premuzic, T. (2009). Psychometric evaluation of the malay satisfaction with life scale. *Social Indicators Research*, 92(1), 25-33. doi: 10.1007/s11205-008-9295-7
- Swim, J. K., Aikin, K. J., Hall, W. S. & Hunter, B. A. (1995). Sexism and racism: Old-fashioned and modern prejudices. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(2), 199-214. doi: 10.1037//0022-3514.68.2.199
- Szulc, A. (2006). Antropología y niñez: de la omisión a las culturas infantiles. En G. Wilde y P. Schamber (Eds.). *Culturas, comunidades y procesos urbanos contemporáneos* (pp. 25-50), Buenos Aires, Argentina: SB.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

- Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*, 31(1), 115-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525710011>
- Tejerina-Arreal, M., García Gómez, P. & García-Guardia, M. L. (2014). Life values structure in a Spanish sample of adolescents. *Anales de Psicología*, 30(2), 627-632. doi: 10.6018/analesps.30.2.157731
- Tesfaye, W. (1997). *The development of gender knowledge and gender-typed beliefs in preschool years I* (disertación doctoral). Universidad Adís Abeba, Etiopía, África.
- Thiébaud, É. (1998). La perspective temporelle, un concept à la recherche d'une définition opérationnelle. *Année psychologique*, 98(1), 101-125. doi: 10.3406/psy.1998.28614
- Thomae, H. (1981). Expected unchangeability of life stress in old age. A contribution to a cognitive theory of aging. *Human Development*, (24), 229-239.
- Tian, L., Wang, D. & Huebner, E. S. (2015). Development and validation of the brief adolescents' subjective well-being in school scale (BASWBSS). *Social Indicators Research*, 120(2), 615-634. doi: 10.1007/s11205-014-0603-0
- Tomyn, A. J. & Cummins, R. A. (2011). The subjective wellbeing of high-school students: Validating the personal wellbeing Index-School children. *Social Indicators Research*, 101(3), 405-418. doi: 10.1007/s11205-010-9668-6
- Trommsdorff, G. (1994). Future time perspective and control orientation: Social conditions and consequences. En Z. Zaleski (Ed.), *Psychology of future orientation* (pp. 39-62). Lovaina, Bélgica: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Unemori, P., Omoregie, H. & Markus, H. R. (2004). Self-portraits: Possible selves in european-american, chilean, japanese and japanese-american cultural contexts. *Self and Identity*, 3(4), 321-338. doi: 10.1080/13576500444000100



- Urbina, S. J., y R. M. Acuña (2002). Relevancia de los factores psicológicos para promover la salud de los mexicanos. *La psicología social en México*. Vol. 9. México.
- Urrutia, S., Azpillaga, I., De Cos, G. L., y Muñoz, D. (2010). Relación entre la percepción de estado de salud con la práctica fíicodeportiva y la imagen corporal en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 10(2) 51-56.
- Urzúa, A., Godoy, J., y Oca, K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista Chilena de Pediatría*, 82(4), 300-310.
- Vaamonde, J. D. (2010). Valores y sexismo en adolescentes argentinos. *Salud & Sociedad*, 1(2), 113-124.
- Vaishnavi, S., Connor, K. & Davidson, J. R. T. (2007). An abbreviated version of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152(2), 293-297. doi: 10.1016/j.psychres.2007.01.006
- Valdez, J. L., González, N. I., Oudhof, H., y González, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia Ergo Sum*, 16(3), 247-253. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10412057004>
- Valls-Lobet, C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona, España: Random House Mondadori.
- Vásquez, A. (2011). Experiencia subjetiva del tiempo y su influencia en el comportamiento: revision y modelos. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 27(2), 215-223.
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 1-2.
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva* (pp. 11- 43). Madrid, España: Alianza Editorial.

- Vázquez, C. (2013). La psicología positiva y sus enemigos: una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 91-115.
- Vázquez, C., Giménez, M., y Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society & Education*, 2(2), 97-116.
- Vázquez, C., Duque, A. & Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of spanish adults: Validation and normative data. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(E82). doi: 10.1017/sjp.2013.82.
- Veenhoven, R. (1991). Questions on happiness. Classical topics, moderns answers, blind spots. En F. Strack, M. Argyle & N. Schwartz (Eds.), *Subjective well-being*. (pp. 7-26). Oxford, Reino Unido: Pergamon Press.
- Veenhoven, R. (1994) El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116. Recuperado de [dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2015574](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2015574)
- Velasco, A. S. (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Madrid, España: Digital Solutions Networks.
- Vélez, R., López, S., y Rajmil, L. (2009). Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 433-439.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827102>
- Vera-Villarroel, P. V., Urzúa, A., Pavez, P., Celis-Atenas, K. & Silva, J. (2012). Evaluation of subjective well-being: Analysis of the satisfaction with life scale in the chilean population. *Universitas Psychologica*, 11(3), 719-727. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64724634003>

- Vera, E. M., Vacek, K., Blackmon, S., Coyle, L., Gómez, K., Jorgenson, K., Luginbuhl, P., Moallem, I. & Steele, J. C. (2012). Subjective well-being in urban, ethnically diverse adolescents. The Role of Stress and Coping. *Youth & Society*, 44, 331-347. doi: 10.1177/0044118X11401432
- Verdugo-Lucero, J., De León-Pagaza, B. G., Guardado-Llamas, R. E., Meda-Lara, R. M., Uribe-Alvarado, J. I., y Guzmán-Muñiz, J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 79-91. Recuperado de <http://0-search.proquest.com/cisne.sim.ucm.es/docview/1351067665?accountid=14514>
- Veselska, Z., Geckova, A. M., Orosova, O., Gajdosova, B., Van Dijk, J. P. & Reijneveld, S. A. (2009). Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addictive Behaviors*, 34(3), 287-291. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.11.005
- Videra-García, A., y Reigal-Garrido, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 141-147. doi: 10.6018/analesps.29.1.132401
- Vielma, J., y Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo: una breve revisión teórica. *Educere: Revista Venezolana de Educación*, (49), 265-275.
- Vigotsky, L. S (1931). Psicología del adolescente en Vygotski, L. S. *Obras escogidas IV*. Madrid, España: Aprendizaje Visor.
- Vigotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, España: Crítica.
- Villalba, C. (2004). El concepto de resiliencia. Aplicaciones en la intervención social. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/266455923\\_El\\_Concepto\\_de\\_Resiliencia\\_Aplicaciones\\_en\\_la\\_Intervencion\\_Social\\_EL\\_CONCEPTO\\_DE\\_RESILIENCIA](https://www.researchgate.net/publication/266455923_El_Concepto_de_Resiliencia_Aplicaciones_en_la_Intervencion_Social_EL_CONCEPTO_DE_RESILIENCIA)

- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., y Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139. Recuperado de <http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=80401610>>
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., y Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28(2), 366-377. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135007>
- Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S., y Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 226-233. doi: 10.6018/analesps.31.1.163681
- Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297. doi: 10.1037//0002-9432.71.3.290
- Walter-Ginzburg, A., Shmotkin, D., Blumstein, T. & Shorek, A. (2005). A gender-based dynamic multidimensional longitudinal analysis of resilience and mortality in the old-old in Israel: The cross-sectional and longitudinal aging study (CALAS). *Social Science & Medicine*, 60(8), 1705-1715. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.023
- Wang, Y., Chen, C., Wang, J. & Baldick, R. (2016). Research on resilience of power systems under natural disasters-a review. *IEEE Transactions on Power Systems*, 31(2), 1604-1613. doi: 10.1109/TPWRS.2015.2429656
- Weisz, J. R., Rothbaum, F. M. & Blackburn, T. C. (1984). Standing out and standing in: The psychology of control in America and Japan. *American Psychologist*, 39(9), 955-969. doi: 10.1037/0003-066X.39.9.955
- Werner, E. E. (2007). Resilience and protective factors in the lives of individuals who were children and youths in World War II. In I. Fookien & J. Zinnecker (Eds.), *Trauma und*

- Resilienz (pp. 47-55). Munich: Juventa Verlag.
- West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & Society*, 1(2), 125-151.
- Westaway, M. S., Maritz, C. & Golele, N. J. (2003). Empirical testing of the satisfaction with life scale: a South African pilot study. *Psychol Rep.*, (92), 551-554.
- Wille, N., Bullinger, M., Holl, R., Hoffmeister, U., Mann, R., Goldapp, C. & Ravens-Sieberer, U. (2010). Health-related quality of life in overweight and obese youths: Results of a multicenter study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 36-36. doi: 10.1186/1477-7525-8-36
- Williams, G. C., Hedberg, V. A., Cox, E. M. & Deci, E. L. (2000). Extrinsic life goals and health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(8), 1756-1771. doi: 10.1111/j.1559-1816.2000.tb02466.x
- Wille, N., Bullinger, M., Holl, R., Hoffmeister, U., Mann, R., Goldapp, C., Ravens-Sieberer, U. (2010). Health-related quality of life in overweight and obese youths: Results of a multicenter study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 36-36. doi:10.1186/1477-7525-8-36
- Wilson, W. R. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67(4), 294-306. doi: 10.1037/h0024431
- Wood, A. M., Froh, J. J. & Geraghty, A. W. A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 890-905. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.005
- World Economic Forum (2016). “The Global Gender Gap Report” y “The Global Gender Gap Index”. Ginebra, Suiza. Recuperado de <https://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2016/rankings/>
- Wright, M., Masten, A. S. & Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. En S. Goldstein & R. B.

- Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (pp. 15-37). Nueva York, Estados Unidos: Springer Science.
- Wu, C. & Yao, G. (2006). Analysis of factorial invariance across gender in the Taiwan version of the satisfaction with life scale. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1259-1268. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.012
- Yalew, E. (1997). *Sex role stereotypical attitudes of the society towards females as leaders: The case of Amhara National Regional State* (tesis de maestría). Universidad Adís Abeba, Etiopía, África.
- Ying, L., Wu, X., Lin, C. & Jiang, L. (2014). Traumatic severity and trait resilience as predictors of posttraumatic stress disorder and depressive symptoms among adolescent survivors of the wenchuan earthquake. *PLoS One*, 9(2), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0089401
- Yowell, C. M. (2000). Possible selves and future orientation: Exploring hopes and fears of latino boys and girls. *Journal of Early Adolescence*, 2, 245-280.
- Yu, X., Lau, J. T. F., Mak, W. W. S., Zhang, J. & Lui, W. W. S. (2011). Factor structure and psychometric properties of the connor-davidson resilience scale among chinese adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 218-224. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.05.010
- Zapata, L. (2013). *Self-regulation, learning and coping in stressful contexts of higher education* (disertación doctoral). Facultad de Humanidades y Psicología, Universidad de Almería, Almería, España.
- Zavala, Y. C., Valdez, J. L., y González, N. I. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13, 41-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213104>
- Zegers, P. B., Rojas-Barahona, C., y Förster, M. C. (2009). Validez y confiabilidad del índice de satisfacción vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst & Tobin en una muestra de adultos y adultos mayores en Chile. *Terapia psicológica*, 27(1), 15-26. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100002>

- Zeidner, M., Matthews, G. & Roberts, R. (2009). *The primer of emotional intelligence*. Cambridge, Estados Unidos: MIT Press.
- Zhang, N. (2006). Gender-role egalitarian attitudes among chinese college students. *Sex roles: A journal of research*, 55(7), 547-553. doi: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m2294/is\\_55/ai\\_n2052501](http://findarticles.com/p/articles/mi_m2294/is_55/ai_n2052501).
- Zhang, W., Chen, L., Yu, F., Wang, S. & Nurmi, J. (2014). Hopes and fears for the future among chinese adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 25(4), 622-629. doi: 10.1111/jora.12166
- Zimbardo, P. G., Keough, K. A. & Boyd, J. N. (1997). Present time perspective as a predictor of risky driving. *Personality and Individual Differences*, 23(6), 1007-1023. doi: 10.1016/S0191-8869(97)00113-X
- Zimbardo, P. G. & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable, individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17(6), 1271-1288.





*Anexos*

---



## Anexo 1: Carta de solicitud para participación



Rector

Madrid, a \_\_\_\_de\_\_\_\_ 2014

I.E. \_\_\_\_\_  
Medellín

Me pongo en contacto con usted para comunicarle mi interés en realizar al final del año en curso, en su institución educativa, una investigación en el marco de mi Tesis Doctoral sobre resiliencia, salud y perspectivas temporales futuras en adolescentes.

El objetivo central de mi tesis es hacer un estudio comparativo entre adolescentes españoles y colombianos, conocer los discursos que producen sobre sí mismos, sobre su bienestar físico, psicológico y social y la importancia de la percepción del tiempo a futuro en el marco de lo psicológico y bajo un enfoque diferencial de género.

Se aplicarán 7 instrumentos de medida de las tres variables mencionadas: resiliencia, salud autopercebida y salud general y perspectiva temporal futura.

Resulta interesante realizar esta comparativa, ya que las circunstancias políticas, económicas y sociales son distintas en ambos países, lo que puede variar en la capacidad de superación, la percepción de la salud y las perspectivas de futuro.

Los resultados obtenidos pueden dar directrices importantes a los docentes para conocer más de cerca las capacidades, intereses y necesidades de sus alumnos y generar propuestas de intervención educativas y psicosociales.

En la elaboración del informe de investigación se guardará en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la identidad de los sujetos, exceptuando el grado y el centro.

Solicito su autorización para desarrollar dicho estudio y me sería de gran ayuda contar con su colaboración y la participación del resto de la comunidad educativa.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

Dianet Montero Velásquez  
Estudiante Universidad Complutense de Madrid

Dr. Juan Francisco Díaz-Morales  
Director Tesis Doctoral

## **Anexo 2: Consentimiento informado**

(Logotipo Institución educativa)



Padre/Madre/Acudiente:

Sr./Sra.: \_\_\_\_\_

Del/de la alumno/a: \_\_\_\_\_

La Universidad Complutense de Madrid, solicita nuestra colaboración en la realización de una investigación sobre temas relacionados con la salud física y psicológica de los y las adolescentes y su capacidad de superación, lo que exige pasar una serie de cuestionarios anónimos.

Los cuestionarios se pasarán en noviembre, durante la jornada escolar. En ningún caso se elaborarán informes personales ya que los cuestionarios son anónimos y los datos se tratarán con la máxima confidencialidad.

En caso de duda, se puede llamar a la Institución y contactar con el Director/a.

Por lo expuesto hasta aquí, el abajo firmante

DECLARA:

Que autoriza a la Institución Educativa ..... y a la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, la aplicación de diversos cuestionarios a su hijo/a.

Medellín a ..... de noviembre de 2014

Fdo. Padre/Madre/Acudiente

Devolver firmado al director/a de grupo.

Gracias por su colaboración

### Anexo 3: Registro de datos sociodemográficos

Estamos realizando un estudio en diferentes Instituciones Educativas de Medellín para conocer algunas de las preferencias y comportamientos de adolescentes como tú. Nos interesa conocer TU opinión y preferencias sobre las diferentes cuestiones que encontrarás en este cuadernillo. Por tanto, no es necesario que contestes *LO QUE TÚ CREES QUE ESTARÍA BIEN* o *LO QUE SERÍA LO CORRECTO*, sino **LO QUE TÚ SUELES HACER HABITUALMENTE TODOS LOS DÍAS.**

**Por tanto, responde a estas preguntas con sinceridad y se tú mismo/a.**

**Lo primero**, completa tus datos personales bien, para que los resultados del estudio sean fiables.

*Fecha:* día/mes/año .....

*Colegio/Institución Educativa:* .....

*Grado y Aula:* .....

*Código:*

*Anota las 3 primeras letras de tu segundo apellido:* .....

*Fecha de nacimiento:* día/mes/año .....

*Edad:* ..... *Sexo:* ( ) varón ( ) mujer

*Lugar de nacimiento:* ciudad ..... país .....

*Profesión u ocupación del padre:* .....

*Profesión u ocupación de la madre:* .....

*Nº de hermanos:* ..... *Entre mis hermanos, yo soy el:* 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º

*Persona/s con quien/es vivo* .....

*Estrato socioeconómico*

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

*¿Trabajas en jornada extraescolar o fines de semana?* *SÍ*..... *NO*.....

*¿Qué tipo de trabajo realizas?*

.....

*¿A qué hora te sueles levantar durante la semana?* .....

*¿A qué hora te sueles levantar durante el fin de semana?* .....

**GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN**

#### **Anexo 4: Sa**

Estas preguntas se relacionan con tus actividades diarias. Por favor, responde a cada una de ellas con sinceridad, marcando en un círculo el número que exprese mejor tu respuesta:

1	2	3	4	5
Muy mal	Mal	Ni bien, ni mal	Bien	Muy bien

1. Como valorarías tu estado de salud en general	<b>1---2---3---4---5</b>
2. Cómo valorarías tu forma física	<b>1---2---3---4---5</b>

### Anexo 5: BIEPS-J

Te pedimos que leas con atención las siguientes frases. Marca tu respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensaste y sentiste durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: **Estoy en desacuerdo**; **Ni de acuerdo ni en desacuerdo**; **Estoy de acuerdo**. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No dejes frases sin responder. Marca tu respuesta con un círculo en el número que expresa tu respuesta

1	2	3
<b>Estoy en desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Estoy de acuerdo</b>

Por favor, responde a todas las afirmaciones, no dejes ninguna sin contestar.

1. Creo que me hago cargo de lo que digo	1.....2.....3
2. Tengo amigos/as en quienes confiar	1.....2.....3
3. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida	1.....2.....3
4. En general, estoy conforme con el cuerpo que tengo	1.....2.....3
5. Si algo me sale mal puedo aceptarlo	1.....2.....3
6. Me importa pensar que haré en el futuro	1.....2.....3
7. Generalmente le caigo bien a la gente	1.....2.....3
8. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito	1.....2.....3
9. Estoy bastante conforme con mi forma de ser	1.....2.....3
10. Si estoy molesto/a por algo soy capaz de pensar cómo cambiarlo	1.....2.....3
11. Creo que, en general, me llevo bien con la gente	1.....2.....3
12. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida	1.....2.....3
13. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar	1.....2.....3

## Anexo 6 SWLS

### Instrucciones

Aquí tienes cinco afirmaciones acerca de la vida en general. Nos interesa conocer tu opinión al respecto. Por favor, responde en relación con lo que pienses y sientas. Léelas atentamente e indica si estás de acuerdo o no.

Tienes 7 posibilidades de respuesta:

1	2	3	4	5	6	7
<i>muy en desacuerdo</i>	<i>bastante en desacuerdo</i>	<i>algo en desacuerdo</i>	<i>ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>algo de acuerdo</i>	<i>bastante de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>

### Encierra en un círculo lo que pienses

- 1- En la mayoría de los sentidos, mi vida está cerca de mis ideales.....1----2----3----4----5----6----7
- 2- Las condiciones de mi vida son excelentes..... 1----2----3----4----5----6----7
- 3- Estoy satisfecho/a con mi vida..... 1----2----3----4----5----6----7
- 4- Hasta ahora, he obtenido las cosas importantes de la vida que siempre quise....1----2----3----4----5----6----7
- 5- Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada..... 1----2----3----4----5----6----7



## Anexo 7: CD-RISC

En este cuestionario encontrarás una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes de tu vida. Por favor, lee cada frase y contesta pensando en qué grado estás de acuerdo o no, con respecto a cómo te has sentido durante el último mes con cada afirmación. De acuerdo con la escala marca en un círculo el número que exprese mejor tu respuesta:

0	1	2	3	4
Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

**Por favor, responde a todas las afirmaciones, no dejes ninguna sin contestar**

1. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro	0—1—2—3—4
2. Soy capaz de adaptarme a los cambios	0—1—2—3—4
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude	0—1—2—3—4
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente	0—1—2—3—4
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza	0—1—2—3—4
6. Veo el lado divertido de las cosas	0—1—2—3—4
7. Afrontar el estrés, me fortalece	0—1—2—3—4
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades	0—1—2—3—4
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón	0—1—2—3—4
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión	0—1—2—3—4
11. Puedo conseguir mis metas	0—1—2—3—4
12. Cuando parece que irremediablemente algo no tiene solución, no abandono	0—1—2—3—4
13. Sé dónde acudir por ayuda.	0—1—2—3—4
14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente	0—1—2—3—4
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema.	0—1—2—3—4
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso	0—1—2—3—4
17. Pienso que soy una persona fuerte	0—1—2—3—4
18. Tomo decisiones difíciles o impopulares	0—1—2—3—4
19. Puedo manejar sentimientos desagradables	0—1—2—3—4
20. Sigo los presentimientos que tengo	0—1—2—3—4
21. Tengo muy claro por dónde quiero ir en mi vida	0—1—2—3—4
22. Siento que controlo mi vida	0—1—2—3—4
23. Me gustan los desafíos	0—1—2—3—4
24. Trabajo para conseguir mis metas	0—1—2—3—4
25. Me siento orgulloso de mis logros	0—1—2—3—4



## Anexo 8: Perspectivas temporales

### Instrucciones

Este cuestionario contiene una lista de frases relacionadas con lo que piensas y sientes con relación al **futuro**. Lee cada frase con atención y piensa si lo que dice, describe o no, tu forma de ser.

Tienes siete opciones de respuesta: **1. totalmente en desacuerdo; 2. en desacuerdo; 3. algo en desacuerdo; 4. ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5. algo de acuerdo; 6. de acuerdo; 7. totalmente de acuerdo**

Recuerda que no existen frases «correctas» o «incorrectas», por tanto trata de ser lo más sincero/a posible en tus contestaciones.

1.- Temo a lo que se producirá en el futuro	1—2—3—4—5—6—7
2.- Pienso que el futuro será un período en el que realizaré muchas cosas	1—2—3—4—5—6—7
3.- Para evitar los problemas hace falta adaptarse a las circunstancias y actuar en función de las situaciones	1—2—3—4—5—6—7
4.- Mis actividades futuras serán una continuación de lo que he hecho hasta ahora	1—2—3—4—5—6—7
5.- Lograr algo en mi vida dependerá de los cambios que se realicen en la sociedad	1—2—3—4—5—6—7
6.- Si los demás consienten cambiar ciertas cosas en el mundo no tendré dificultades para lograr mis objetivos.	1—2—3—4—5—6—7
7.- Pienso realmente lo que haré en un futuro lejano	1—2—3—4—5—6—7
8.- Es necesario cambiar algunas cosas del entorno y dejar de lado las sugerencias de unos y otros, si quiero triunfar en la vida	1—2—3—4—5—6—7
9.- Tengo confianza en los acontecimientos que podrían producirse en mi futuro	1—2—3—4—5—6—7
10.- Pienso que para realizar alguna cosa en mi vida, es preferible adaptar mis metas a las circunstancias, más que ser perseverante en la misma dirección pase lo que pase.	1—2—3—4—5—6—7
11.- Tengo ideas bastante precisas sobre lo que haré en el futuro	1—2—3—4—5—6—7
12.- La realización de mis objetivos depende de las circunstancias, por ello es mejor adaptar mis objetivos a las exigencias de la situación	1—2—3—4—5—6—7
13.- Lo que haré en el futuro no tendrá mucha relación con el resto de mi vida	1—2—3—4—5—6—7
14.- No tengo mas que una vaga idea de lo que haré en el futuro	1—2—3—4—5—6—7
15.- Pienso en lo que haré en un futuro próximo	1—2—3—4—5—6—7
16.- Si logro evitar los peores momentos de aburrimiento de mi vida será debido a las circunstancias a las que me haya adaptado	1—2—3—4—5—6—7
17.- Tengo la impresión de que el futuro será para mí un periodo de inactividad en el que realizaré pocas cosas	1—2—3—4—5—6—7
18.- Es necesario dejar de lado ciertas sugerencias si quiero evitar que los acontecimientos más desagradables se produzcan en mi vida	1—2—3—4—5—6—7
19 ¿Cómo te sientes respecto al futuro?.....	<input type="checkbox"/> Muy bien---- <input type="checkbox"/> Bien---- <input type="checkbox"/> Mal---- <input type="checkbox"/> Muy mal



Enumera tus principales objetivos o metas por orden de importancia	¿Qué edad crees que tendrás cuando tu objetivo se realice?	¿Cuáles son los principales factores que pueden influir en la realización de tu objetivo?	¿Si has hecho alguna cosa para realizar tu objetivo, puedes indicar cuál o cuáles?	¿Puedes indicar de qué forma vas a realizar tu objetivo en lo sucesivo?	¿Puedes indicar en qué medida la realización de tu objetivo depende de las circunstancias o de tí mismo?	¿Cuál es la probabilidad de que tu objetivo se realice?
					<i>circunstancias mi mismo</i>  1   2   3   4   5 6   7	ninguna máxima  1   2   3   4   5 6   7
					<i>circunstancias mi mismo</i>  1   2   3   4   5 6   7	ninguna máxima  1   2   3   4   5 6   7
					<i>circunstancias mi mismo</i>  1   2   3   4   5 6   7	ninguna máxima  1   2   3   4   5 6   7
					<i>circunstancias mi mismo</i>  1   2   3   4   5 6   7	ninguna máxima  1   2   3   4   5 6   7

Enumera tus principales objetivos o metas por orden de importancia (continuación)	¿Qué edad crees que tendrás cuando tu objetivo se realice?	¿Cuáles son los principales factores que pueden influir en la realización de tu objetivo?	¿Si has hecho alguna cosa para realizar tu objetivo, puedes indicar cuál o cuáles?	¿Puedes indicar de qué forma vas a realizar tu objetivo en lo sucesivo?	¿Puedes indicar en qué medida la realización de tu objetivo depende de las circunstancias o de tí mismo?	¿Cuál es la probabilidad de que tu objetivo se realice?
					<i>circunstancias mi mismo</i>  1 2 3 4 5 6 7	ninguna máxima  1 2 3 4 5 6 7
					<i>circunstancias mi mismo</i>  1 2 3 4 5 6 7	ninguna máxima  1 2 3 4 5 6 7
					<i>circunstancias mi mismo</i>  1 2 3 4 5 6 7	ninguna máxima  1 2 3 4 5 6 7
					<i>circunstancias mi mismo</i>  1 2 3 4 5 6 7	ninguna máxima  1 2 3 4 5 6 7

## Anexo 9: SRQ-R

El objetivo de este cuestionario, es conocer su opinión sobre algunos temas. A continuación se le presentan una serie de afirmaciones, para que juzgue si está de acuerdo o no, e indique su punto de vista.

Lea cada afirmación y marque con una X el recuadro que mejor refleje su opinión. No olvide contestar todas las cuestiones. Conteste simplemente lo que usted piense. No existen respuestas correctas ni equivocadas.

		Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni a favor ni en contra	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1	Las personas pueden ser tanto agresivas como comprensivas, independientemente de su sexo					
2	Se debería tratar a las personas igual, independientemente del sexo al que pertenezcan					
3	A los niños se les debería dar libertad en función de su edad y nivel de madurez, y no por el sexo de pertenencia					
4	Las tareas domésticas no deberían asignarse por sexos					
5	Deberíamos dejar de pensar si las personas son hombre o mujer y centrarnos en otras características					
6	La principal responsabilidad de un padre es ayudar económicamente a sus hijos					
7	Los hombres son más sexuales que las mujeres					
8	Algunos trabajos no son apropiados para las mujeres					
9	Las madres deberían tomar la mayor parte de decisiones sobre cómo educar a los hijos					
10	Las madres solo deberían trabajar si es necesario					
11	Se debería proteger y vigilar a las chicas más que a los chicos					
12	Sólo algunos tipos de trabajo son apropiados tanto para hombres como para mujeres					
13	En muchos trabajos importantes es mejor contratar a hombres que a mujeres					